

SEKAVAN POTILAAN HOITAMINEN TERVEYSASEMAN VUODEOSASTOLLA

Hoidon haasteet

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja AMK
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Sami Leppänen
Jaana Raita

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

LEPPÄNEN SAMI
RAITA JAANA

Sekavan potilaan hoitaminen terveysaseman
vuodeosastolla – Hoidon haasteet

Hoitotyön opinnäytetyö, 57 sivua, 6 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena on sekavan potilaan hoitaminen terveysaseman vuodeosastolla ja sekavuuden aiheuttamat käytösoireet, jotka näkyvät sekavan potilaan hoidon haasteellisuutena terveysaseman vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön kokemuksia sekavan potilaan hoidosta, hoitoon liittyviä toimintatapoja sekä fyysisen rajaamisen käyttöä hoidon haasteellisissa tilanteissa.

Tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Aineiston tiedonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Hoitajien haastattelut on suoritettu parihaastatteluina neljän terveysaseman vuodeosastolla ja saatu aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sekavan potilaan hoitotyössä käytettiin ymmärtävää ja rauhoittavaa toimintatapaa. Sekavaa potilasta lähestyttiin rauhallisesti ja rauhoiteltiin puheella. Haasteellisia tilanteita ennakointiin käyttämällä erilaisia hoitotyön menetelmiä, joilla haasteellisten tilanteiden syntymistä ennalta ehkäistiin. Arviointiin potilaan liikkumisen rajoittamisesta ja siihen liittyvästä päätöksenteosta olivat yhteydessä hoitajan kokemus ja ammatillinen osaaminen. Sekavan potilaan liikkumista rajoitettiin potilaiden ja hoitohenkilöstön turvallisuuden varmistamiseksi, potilaan heikentyneen terveydentilan ja hoitotoimien onnistumisen sekä ympäristöön ja henkilöstöön liittyvistä syistä.

Tulosten avulla voidaan jakaa monipuolista tietoa hoitajien käyttämistä hoitotyönkeinoista sekavan potilaan hoidossa. Koulutuksen avulla ja osastoille luoduilla ohjeistuksilla sekä yhdessä sovituilla toimintatavoilla ja toimintamalleilla voidaan lisätä tietoa ja taitoa hoitotyön haasteellisista tilanteista. Moniammatillinen yhteistyö edistäisi vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelua, arviointia ja käyttöä.

Asiasanat: delirium, haasteellinen käyttäytyminen, fyysisen liikkumisen rajoittaminen, hoitotyö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

LEPPÄNEN SAMI
RAITA JAANA

Treating a delirious patient at the Health Center
ward – challenges of treatment

Bachelor's Thesis in nursing

57 pages, 6 pages of appendices

Spring 2016

ABSTRACT

This thesis examines the treatment of a delirious patient at the Health Center ward and the behavioral symptoms caused by the deliriousness which can be seen as how challenging the treatment is in the Health Center's ward. The purpose of this study is to find out nursing staff's experiences with treating a delirious patient, procedures involved in the treatment and using physical restraint in challenging situations.

This study utilizes a qualitative research method. The method of collecting data involved theme interviews. Interviews by nurses were conducted as partner interviews in four Health Center wards and the collected data was analyzed with an inductive content analysis.

In the nursing of the delirious patient understanding and calming methods were used. The delirious patient was approached calmly and was soothed with talking. Challenging situations were predicted by using different kinds of nursing methods which prevent the occurring of sad situations. The restriction of the patient's ability to move was estimated and involved decision making was connected to nurse's experience and professional capabilities. The restriction of delirious patient's moving was to ensure the safety of other patients and nursing staff, the patient's weakened state of health, the success of nursing procedures and environmental and staff connected reasons.

The results provide versatile information on used nursing methods by nurses taking care of delirious patient. With the help of an academic career and instructions in wards and mutually agreed methods of action and patterns information and skills would be increased in challenging situations. Multiprofessional co-operation would promote the designing, estimation and use of optional methods of action.

Key words: delirium, challenging behavior, physical restraint, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	2
3	TIEDONHANKINNAN KUVAUS	3
4	ÄKILLINEN SEKAVUUSOIREYHTYMÄ ELI DELIRIUM	5
4.1	Deliriumin määrittelyä	5
4.2	Deliriumpotilaan hoitotyö	6
4.3	Sekavuuteen liittyvät käytösoireet	7
4.4	Sekavan potilaan kohtaaminen	9
5	SEKAVAN POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN	11
5.1	Fyysiselle rajoittamiselle altistavia tekijöitä	11
5.2	Fyysisen rajoittamisen tarpeen arviointi	12
5.3	Fyysisten rajoitteiden käyttö ja menetelmät sekavan potilaan hoitotyössä	13
5.4	Rajoittamisen vähentämiseen liittyviä tekijöitä	16
5.5	Fyysistä rajoittamista ohjaavat lait, säädökset ja suositukset	17
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT	19
6.1	Opinnäytetyön toteutus	19
6.2	Aineiston keruu	20
6.3	Haastatteluaineiston käsittely ja analyysi	21
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
7.1	Potilaan fyysisen rajoittamisen arviointiin ja toteuttamiseen vaikuttavat tekijät osastotyössä	24
7.2	Sekavan potilaan kohtaaminen	25
7.3	Haasteellisten tilanteiden ennakointi	27
7.4	Arviointi ja päätöksenteko haasteellisissa tilanteissa	30
7.5	Rajoittamisen toteuttamiseen liittyvät tekijät	33
8	POHDINTA	38
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	38
8.2	Tulosten tarkastelua	40
8.3	Jatkotutkimusaiheet	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Delirium on yleinen kaikissa vanhuspotilaita hoitavissa yksiköissä. Delirium tarkoittaa akuuttia sekavuusoireyhtymää, joka on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotoimintojen häiriö. Se ilmenee äkillisenä kognitiivisten toimintojen, ajattelun ja käyttäytymisen heikentymisenä. Deliriumille altistavia tekijöitä ovat ikä, muistisairaudet, äkilliset somaattiset sairaudet ja monilääkitys. Delirium pidentää hoitojakson kestoa, lisää hoidon kustannuksia ja pysyvää laitoshoidoa. (Laurila 2005, 4751.)

Deliriumin keskeisimmät oireet ovat kognitiivisia. Sekavan potilaan hoitaminen vuodeosastolla on haastavaa, koska deliriumiin liittyy harhaisuutta, hoidon vastustelua, pelktiloja ja paranoidisuutta. Ongelmia hoitamisessa aiheuttaa harhaisuuden ohella levottomuus ja aggressiivisuus. Delirium on ennusteeltaan huono ja sen tunnistaminen vaikeaa. Hoitajilla onkin ratkaiseva rooli oireyhtymän tunnistamisessa. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 18.)

Fyysisen rajoittamisen tarkoituksena on potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen tai potilaan liikkumisen estäminen. Fyysinen rajoittaminen määritellään joko potilaassa kiinni olevalla tai potilaasta irti olevaksi menetelmäksi. (Saarnio 2009, 25.) Yleisin rajoittamisen muoto on ylösnostetut sängynlaidat (Saarnio & Isola 2008, 268). Fyysinen rajoittaminen on tärkeä kysymys vanhusten hoidossa, koska sitä käytetään laaja-alaisesti ja, koska sen vaikutus hoidettavan elämänlaatuun on negatiivinen (Karlsson, Bucht, Rasmussen & Sandman 2000, 843). Fyysinen rajoittaminen on yleistä terveyskeskusten vuodeosastoilla, koska hoidettavat vanhukset ovat fyysisesti ja kognitiivisesti huonokuntoisia (Saarnio, Isola & Backman 2007, 109).

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää eräiden terveysasemien vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemuksia sekavan potilaan hoidosta, hoitoon liittyviä toimintatapoja sekä fyysisen rajaamisen käyttöä hoidon haasteellisissa tilanteissa. Selvityksen tarkoituksena on etsiä ja tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää

vuodeosastoilla sekavan potilaan hoitotyössä ja sen kehittämisessä. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja tutkimuksen aineisto on saatu teemahaastattelumenetelmällä haastattelemalla neljän terveysaseman vuodeosaston hoitajia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää eräiden terveysasemien vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemuksia sekavan potilaan hoidosta, hoitoon liittyviä toimintatapoja sekä fyysisen rajaamisen käyttöä hoidon haasteellisissa tilanteissa vuodeosastolla. Selvityksen tarkoituksena on etsiä ja tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vuodeosastoilla sekavan potilaan hoitotyössä ja sen kehittämisessä. Opinnäytetyömme rajautuu somaattisen sairauden vuoksi sekavan potilaan hoitamiseen ja hoitamisen haasteellisuuteen vuodeosastolla.

Hoitajien kokemuksia sekavan potilaan hoitamisesta selvitetään tutkimuskysymysten avulla:

Millaisia haasteita sekavan potilaan hoitaminen vuodeosastolla hoitotyön kannalta tuo?

Miten hoitajat ennakoivat ja arvioivat sekavan potilaan fyysisen rajoittamisen tarvetta?

Mitkä tekijät ovat yhteydessä sekavan potilaan fyysiseen rajoittamiseen?

3 TIEDONHANKINNAN KUVAUS

Opinnäytetyötä varten kirjallisuutta on haettu deliriumista ja fyysisestä rajoittamisesta vuodeosastolla. Tiedon haussa on käytetty sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä hakusanoja. Hakusanoja on saatu aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä informaation avustuksella. Tiedonhaku aloitettiin 2.8.2015. Tiedonhakuun on käytetty kotimaisia ja kansainvälisiä lääketieteen ja hoitoalan tietokantoja Mediciä, Cinahlia (EBSCO) ja PubMedia. Tietokantoihin päädyttiin käyttämällä Masto-Finnan hakua informaation avustuksella. Hakusanoja olivat delirium, dementia, vanhus, käytöshäiriö, fyysinen rajoittaminen ja hoitotyö erilaisin yhdistelmin. Tiedonhaku on esitelty liitteessä 1.

Mukaanottokriteereinä olivat julkaisuvuosi, jonka mukaan haut rajattiin vuosiin 2005–2015, potilaan sekavuustila ja hoitohenkilökunnan tieto ja käytäntö liikkumisen rajoittamisesta somaattisessa hoitotyössä. Tiedon löytymisen vuoksi aikajanaa myös kasvatettiin joissakin hauissa. Medicissä hakusanoina käytettiin delirium OR käytöshäiriö AND terveyskesk*, ja dementia OR käytöshäiriö AND terveyskesk*. Cinahlissa old AND delirium AND identify, delirium AND physical restraint AND nurs*, physical restraint AND old*, physical restraint AND nurses' attitudes. PubMedissa hakukriteeriksi määriteltiin, että koko teksti on saatavilla ja ikä yli 65 vuotta. Hakusanat PubMedissa olivat delirium AND old age ja physical restraint AND nurse. Terveystietokannasta löytyi hakusanoilla sekavuus, delirium ja fyysinen rajoittaminen 28 hakutulosta, joista valittiin 3 artikkelia.

Lait haettiin internetistä (finlex.fi, 3 kappaletta), kuten myös säännökset ja Etenen ohjeet. Lisäksi tietoa on etsitty eri hakujen kautta manuaalisesti artikkeleiden ja teosten lähdeluetteloista. Useissa tietokannoissa on ollut hakutuloksina samoja tutkimuksia ja kaikkia tutkimuksia ei ole ollut saatavissa.

4 ÄKILLINEN SEKAVUUSOIREYHTYMÄ ELI DELIRIUM

Äkillinen sekavuusoireyhtymä eli delirium on yleinen kaikissa vanhuksia hoitavissa yksiköissä. Moniin somaattisiin sairauksiin ja lääkkeisiin liittyy riski elimelliseen aivo-oireyhtymään, deliriumiin. Se ilmenee kognitiivisten toimintojen, ajattelun ja käyttäytymisen muutoksina. Keskeisiä oireita ovat huomiokyvyn ja tarkkaavaisuuden heikentyminen sekä psykomotorinen levottomuus. Sekavuusoireyhtymä heikentää muistia ja toimintakykyä, pidentää sairaalahoitoa sekä lisää kuolleisuutta ja pysyvää laitoshoidoa. Korkea ikä, muistisairaudet ja miessukupuoli altistavat deliriumille. Deliriumin ennuste on huono ja sen tunnistaminen vaikeaa. Hoitajilla onkin ratkaiseva rooli oireyhtymän tunnistamisessa. (Laurila 2005, 4751; Laurila 2012, 642; Philips 2013, 9.)

4.1 Deliriumin määrittelyä

Delirium eli akuutti sekavuusoireyhtymä on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotointojen häiriö, joka ilmenee äkillisenä kognitiivisten toimintojen, ajattelun ja käyttäytymisen heikentymisenä. Oireet ovat monimuotoisia, ja niistä keskeisimmät ovat nopea tajunnantason vaihtelu, muistiongelmien ja orientaation eli huomiokyvyn, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen vaikeudet. Deliriumpotilaan tietoisuus ympäristöstä ja itsestä hämärtyy. Siihen liittyvät näköhäiriöt, harhakuvitelmat sekä havainnoinnin häiriöt ovat yleensä visuaalisia. Muisti voi olla akuutisti heikentynyt, puhe ja ajattelu sekavaa. Sekavuusoireyhtymä tilassa psykomotoriikka joko kiihtyy tai hidastuu ja uni-valverytmi saattaa mennä sekaisin, jolloin potilas on usein levoton ja valvoo öisin. Tunnereaktiot saattavat poiketa itkusta aggressioihin ja voimakkaimmillaan oireet ovat iltaisin ja öisin. (Laurila ym. 2006, 6; Laurila 2012, 642–644; Philips 2013, 9-10.)

Delirium johtuu keskushermoston toiminnan häiriöstä. Häiriön taustalla voivat olla hyvin monet erilaiset sairaudet, nestetasapainon häiriöt, leikkausten jälkitilat, myrkytykset, lääkkeet, alkoholi ja muut päihteet tai niiden äkillinen lopettaminen. Yleisimpiä syitä deliriumiin ovat metaboliset häiriöt (mm. maksan- ja munuaisten vajaatoiminta), sydän- ja

keskushermostoperäiset syyt (mm. sydämen vajaatoiminta, aivoinfarkti) ja infektiot (mm. virtsatieinfektio, keuhkokuume). Deliriumille altistavat myös korkea ikä, yleiskunnon heikkous, aikaisemmat aivovauriot sekä näön ja kuulon heikentyminen. Kun oireita ilmenee, on aina hakeuduttava hoitoon, koska delirium on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. (Huttunen 2014.) Delirium voi kestää tunneista useampaan päivään ja tila saattaa vaihdella päivän mittaan (Leinonen & Alanen 2009, 4465).

4.2 Deliriumpotilaan hoitotyö

Deliriumin tunnistaminen on vaikeaa. Usein potilas vaikuttaa muistamattomalta ja delirium sekoitetaan dementiaan. Deliriumia epäiltäessä on hyvä haastatella myös omaisia potilaan aiemmasta kognitiivisesta tilasta. Selvitettävä on potilaan orientaatiota ja kognitiota, motorista aktiivisuutta ja mielentilaa. Hoitajat ovat avainasemassa deliriumia ennustavien riskitekijöiden ja kognitiivisten muutosten tunnistajina. (Laurila ym. 2006, 14.)

Delirium potilaan hoito jaotellaan neljään osaan: sairauden selvittäminen, hyvä yleishoito, lääkehoito ja komplikaatioiden esto. *Ensimmäinen* tavoite on taustalla olevan sairauden selvittäminen ja sen hoito. Tähän kuuluu myös lääkityksen tarkastaminen, koska jotkut lääkkeet pahentavat deliriumin oireita. *Toisena* on deliriumpotilaan hyvä yleishoito, jossa varmistetaan potilaan vitaalielintoiminnot. Tällöin huolehditaan potilaan hapetuksesta, nesteytyksestä, lämmöstä, ravitsemuksesta, potilaan mobilisoinnista ja orientaation ylläpidosta, unen rauhoittamisesta ja kipujen tehokkaasta hoidosta. Tärkeintä on nesteytys, perushoito sekä rauhalliset otteet potilaan hoitotoimissa. Sekavuustilassa potilas saattaa olla harhainen. Hoitaja voi orientoida potilasta harhanäkyjen todellisuudesta, mutta usein potilas hermostuu näistä yrityksistä, koska ei sekavuustilassa pysty loogiseen ajatteluun. (Laurila ym. 2006, 18–19.) Turvallinen hoitokokemus luodaan välittämisen, läsnäolemisen ja ohjaamisen kautta. Turvallinen ympäristö, sopiva valaistus, läheiset ja tutut hoitajat vähentävät sekavuutta. Huoneeseen voidaan tuoda tuttuja esineitä ja kuvia. Musiikki

voi olla myös rauhoittava tekijä. Orientaatiota autetaan tukemalla mahdollisia aistivajeita, näkemistä ja kuulemista. (Huttunen 2014.)

Kolmantena on lääkehoito, joka on olennainen ja tärkeä osa deliriumin hoitoa. Selvittelyvaiheessa käytetään antipsykoottisia ja rauhoittavia lääkkeitä (Huttunen 2014). *Neljäntenä* on komplikaatioiden esto, jonka tarkoitus on estää erilaisten vammojen syntyminen. Levoton deliriumpotilas saattaa yrittää ylösnostettujen vuoteenlaitojen yli, kaatua, eksyä osastolta ulos ja poistaa hoitovälineet, kuten laskimokanyylin ja virtsakatettrin. Komplikaationa näistä luunmurtumat ja painehaavat ovat mahdollisia. (Laurila ym. 2006, 22; Philips 2013, 11.) Laurila ym. (2006, 20) mukaan sekavan potilaan siirtoa pois huoneestaan sekä fyysistä sitomista tulisi välttää.

Laurila ym. (2006, 23) mukaan tehokkaita näyttöön perustuvia deliriumin hoitoja ei tällä hetkellä ole, mutta on tutkimuksia, joiden mukaan ennaltaehkäisevä hoito kannattaa. On todettu, että nestehoito, kivun hoito, varhainen mobilisaatio sairaalassa sekä unen rauhoittaminen ja toimintakyvyn ylläpito vähentävät deliriumin ilmaantumista. Akuutin somaattisen sairauden varhainen hoitaminen auttaa nopeammin toipumaan deliriumista. Myös ennen isoa leikkausta annettu antipsykootti tai asetyyli-koliiniesteraasi-inhibiittori mahdollisesti estää leikkauksen jälkeistä deliriumtilaa. On myös todettu, että jotkin dementiaa sairastavien lääkkeet provosoivat deliriumia. Iäkkäimmillä potilailla deliriumin riskiä ja kestoja lisäävät opioidien ja bentsodiatsepiinien käyttö (Laurila 2012, 644).

4.3 Sekavuuteen liittyvät käytösoireet

Sekavuuteen liittyviä käytösoireita ovat mielialan vaihtelut, hallusinaatiot ja levottomuus (Vataja 2010, 91). Deliriumiin liittyy harhaisuutta, hoidon vastustelua, pelkotiiloja ja paranoidisuutta. Ongelmia potilaan hoitamisessa aiheuttavat harhaisuuden ohella motoriset toiminnan häiriöt, kuten levottomuus ja aggressiivisuus. (Leinonen & Alanen 2009, 4465.)

Delirium voidaan jakaa kahteen tyyppiin, joita ovat hyper- ja hypoaktiivinen delirium. Tunnetummassa hyperaktiivisessa muodossa vanhus on psykomotoriikaltaan levoton, kiihtynyt ja hallusinoiva. Potilas saattaa repiä irti suonikanyylin, nenämahaletkun ja virtsakatetrin, riisua vaatteensa ja huudella omaisiaan ja mahdollisesti myös nousta vuoteen laidan yli ja tulla osaston käytävälle. Hypoaktiivisessa muodossa potilas muuttuu psykomotorisesti hidastuneeksi. Potilas muuttuu vältteleväksi, makaa vuoteellaan liikkumatta ja apaattisena sekä saattaa nukahdella kesken haastattelun ja ruokailun. Hoitohenkilökunnalle hypoaktiivinen delirium on vähemmän tuttu ja saattaa jäädä kokonaan tunnistamatta. Hiljainen muoto saatetaan helposti sekoittaa myös masennukseen. Kaikkein yleisin muoto on sekamuotoinen delirium, jossa on vaihtelevasti hyper- ja hypoaktiivisen deliriumin piirteitä. (Laurila 2005, 4751–4752.)

Deliriumissa käytösoireet vaihtelevat päivän mittaan ja lisääntyvät voimakkaasti iltaa ja yötä kohden. Sekavan potilaan rauhoittaminen vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa ja kärsivällisyyttä. Vaikeissakin tilanteissa voimankäyttöä ja rajoittamista tulisi välttää, etenkin magneettivöiden käyttöä, koska deliriumpotilas usein muistaa osia pelottavasta kokemuksestaan. (Laurila 2005, 4752.)

Vahvimmin äkillisen deliriumin kehittymiseen altistaa dementia ja dementiapotilailla delirium on erittäin yleinen (Philips 2013, 10). Muistisairauksiin liittyy myös muita haitallisia muutoksia käyttäytymisessä ja mielialassa. Muistisairaana psyykkisen tilaan tai käyttäytymiseen liittyviä oireita ovat masentuneisuus, ahdistus ja agitaatio eli levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, sopimaton käytös sekä psykoottiset oireet: paranoidisuus, harhaluuloisuus ja hallusinaatiot. Käytösoireet ovat muistisairaana omaisia ja hoitajia eniten kuormittava tekijä. (Vataja 2010, 91–95.)

Tyypillisiä oireita levottomalla muistisairaalla ovat huutaminen, jatkuva puhuminen, saman asian kyseleminen, toisen henkilön perässä vaeltelu sekä tavaroiden kerääminen, piilottelu tai purkaminen. Usein levottomaan käytökseen liittyy vihamielistä käyttäytymistä, kuten kiukkua, kiroilua,

uhkailua tai fyysistä väkivaltaa. Aggressiivista käyttäytymistä esiintyy päiväsaikaan ja tilanteissa, joissa potilas tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan. Käyttöoireiden esiintyminen on yleisintä keskivaikeassa dementiassa. Käyttöoireet ovat tärkein tekijä, joka aiheuttaa tarvetta pitkäaikaishoitoon dementiapotilailla. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 129.)

4.4. Sekavan potilaan kohtaaminen

Delirium aiheuttaa potilaalle tajunnanmuutoksia, alentaa keskittymiskykyä ja muuttaa kognitiota. Myös potilaan käyttäytyminen ja orientoituminen paikkaan ja aikaan vaihtelee. Potilas voi olla levoton, hallusinoiva, harhainen ja emotionaalisesti epävakaa. Sekava potilas voi kokea sairaalahoidon aikana pelon tunnetta, hätäännystä, halua paeta ja epäluuloa hoitajia kohtaan. Hoitajat puolestaan kokevat sekavan potilaan hoitamisen raskaaksi, koska potilas on harhainen ja ennalta arvaamaton. Sekavan potilaan kanssa kommunikointi voi olla vaikeaa. Kun potilaan puhetta ei ymmärretä, hoitajat pyrkivät kuuntelemaan potilaan sanoja ja havainnoimaan potilaan toimintaa. Hoitaja voi orientoida potilasta paikkaan, nimiin ja aikaan. Tärkeää on olla läsnä potilaan kohtaamisessa, kuunnella potilaan tunneperäisiä viestejä ja vastata niihin. (Stenwall, Sandberg, Jönköping & Fagerberg 2007, 515–516, 518.)

Sekavan potilaan kohtaamista pidetään myös ongelmallisena. Hoitajien on vaikea ymmärtää potilaan käytöstä, luottaa potilaan sanomisiin tai tuntea luottamusta sekavan potilaan kohtaamistilanteessa. Vaikka hoitajat eivät täysin voi luottaa potilaaseen, heillä on moraalinen vastuu potilaan hoidosta ja he ovat potilaan turvana. Turvana oleminen merkitsee, että hoitaja tuntee vastuuta potilaan hyvinvoinnista ja estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita. Hoitajan on myös tehtävä nopeita päätöksiä potilaan käytöksen muuttuessa, koska sekavan potilaan mieliala saattaa muuttua äkillisesti rauhalliseksi aggressiiviseksi ja väkivaltaiseksi. Kokiessaan kohtaamisen potilaan kanssa ennalta arvaamattomaksi ja pelottavaksi, hoitajat pyrkivät kontrolloimaan kohtaamista, vaikka he eivät tiedä sen kestoa, seurausta, potilaan reagoitua tai kontrolloinnin

onnistumista. Hoitajat voivat rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvän vanhuksen toimintaa keskeyttämällä hoitotilanteen, pyytämällä apua muilta hoitajilta ja rauhoittamalla vanhusta puhumalla. Hoitajat käyttävät myös aiempaa kokemustaan ja omaa persoonallisuuttaan potilaan kohtaamisessa. Persoonallisuuttaan käyttäen hoitajat ohjaavat potilasta kohti haluttua tavoitetta ja pystyvät arvioimaan sekä muuttamaan toimintatapojaan potilaan kohtaamisessa. (Stenwall ym. 2007, 517–519.)

Sekavan potilaan vointia ja mielialaa seuraamalla hoitajat pystyvät puuttumaan tilanteisiin ennen kuin ne kärjistyvät ja johtavat potilaan hankalaan käytökseen. Tiedon lisäksi hoitaja tarvitsee taitoa osata luoda turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, taitoa olla läsnä, taitoa eläytyä sekavan potilaan kokemusmaailmaan ja taitoa kuunnella, koska ne auttavat hoitajaa ymmärtämään potilaan viestit ja löytämään sen, mitä potilas käyttäytymisensä takaa haluaa sanoa. Sekavan potilaan käsitys todellisuudesta on usein muuttunut. Pelot ja tunteet ovat hyväksyttävä potilaalle todellisina asioina. Hoitosuhteen luomista helpottaa potilaan elämäntarinan tunteminen, mutta se ei saa vaikuttaa hoitajan asenteeseen potilasta kohtaan. (Stenwall ym. 2007, 520.)

Sekava potilas on hoidollisesti hyvin haavoittuvainen, koska potilaan hyvinvoinnista huolehtiminen ja turvallisuuden varmistaminen jää hoitajan käsiin. Tärkeitä asioita sekavan potilaan kohtaamisessa ovat eettisyys ja ammatillisuus, suvaitsevaisuus, vaistonvarainen toiminta, sanaton viestintä, koskettaminen ja läheisyys sekä potilaan kuunteleminen. (Stenwall ym. 2007, 520.) McCurren ja Cronin (2003, 322) korostavat hoitajan läsnäolemisen merkitystä sekavan potilaan kohtaamisessa. Hoitajan ymmärtävä toimintatapa antaa potilaalle varmuuden tunteen siitä, että hän on sekavuudesta huolimatta turvassa, ymmärretty ja hyväksytty sekä arvostettu ihmisenä. Jos hoitaja toimii tehtäväkeskeisesti ja kiiruhtaen, voi potilas pitää hoitajan toimintaa uhkaavana ja toimia itsepuolustukseksi. Vastaamalla potilaan kysymyksiin ja kertomalla, mitä on tekemässä sekä käyttämällä matalaa ja rauhallista ääntä, hoitajat voivat vähentää potilaan levottomuutta.

5 SEKAVAN POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN

Tämän päivän terveyskeskusten hektisessä työympäristössä haasteellisesti käyttäytyvä potilas on haaste hoitohenkilökunnalle. Fyysinen rajoittaminen on yleistä terveyskeskusten vuodeosastoilla, koska hoidettavat vanhukset ovat fyysisesti ja kognitiivisesti huonokuntoisia (Evans, Wood & Lambert 2003, 274; Saarnio, Isola & Backman 2007, 109; Saarnio 2009, 77). Rajoittaminen voidaan jaotella joko fyysiseen tai kemialliseen rajoittamiseen. Saarnio (2009, 23) määrittelee väitöskirjassaan fyysisen rajoittamisen potilaassa kiinni olevaksi tai potilaasta irti olevaksi menetelmäksi. Rajoittamisen tarkoituksena on potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen tai potilaan liikkumisen estäminen. Yleisin rajoittamisen muoto on ylösnostetut sängynlaidat (Saarnio & Isola 2008, 268; Saarnio 2009, 24). Tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysiseen rajoittamiseen.

5.1 Fyysiselle rajoittamiselle altistavia tekijöitä

Rajoitteiden käytölle altistaa potilaan yksilölliset tekijät, kuten erilaisiin sairauksiin, haasteelliseen käyttäytymiseen, aikaisempiin kaatumisiin tai putoamisiin liittyvä historia sekä omaiset, joilla on huoli potilaan turvallisuudesta (Moore & Haralambous 2007, 535–536; Saarnio 2009, 28). Rajoitteiden käyttöön vaikuttavat myös hoitohenkilöstön vähäinen määrä, aikapula ja ympäristötekijät. Potilaan fyysinen rajoittaminen mahdollistaa myös kaikkien hoitajien osallistumisen osastopalaverihin. Yksi tekijä rajoittamisen käytölle on hoitotoimenpiteen keskeyttämisen ehkäisy. Sekavan potilaan hoidon onnistuminen terveyskeskusten vuodeosastoilla saattaa vaatia erilaisia rajoittamistoimia, jos potilas sairautensa vuoksi tarvitsee suonensisäistä lääkitystä ja nesteytystä, avannepussihoitoa tai ravitsemuksen turvaamista syöttöletkun avulla. (Saarnio ym. 2007, 113, 116.)

Turvaton hoitoympäristö, jossa potilaalla on vaara satuttaa itsensä, altistaa käyttämään potilaan rajoittamista, turvattomuutta voi aiheuttaa esimerkiksi riittämätön valaistus, esteet, apuvälineet ja huonekalut, jotka ovat

kulkureiteillä sekä lattiapintojen liukkaus. Myös laitoshoidon johtamisella, potilaiden ja hoitohenkilökunnan määrällä sekä hoitotyön kulttuurilla, on todettu olevan vaikutusta potilaan rajoittamisen käytänteisiin. (Saarnio 2009, 28.) Alttiutta fyysisen liikkumisen rajoittamisen käyttöön saattavat lisätä myös uudet työntekijät, sijaisten käyttö, ylitöiden teko, uuden potilaan tulo, hoitajien työn kuormittavuus sekä moniammatillisen tuen puute (Bourbonniere, Strumpf, Evans & Maislin 2003, 1083).

5.2 Fyysisen rajoittamisen tarpeen arviointi

Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstöstä eniten rajoittamista käyttävät lähi/perushoitajat. Syynä tähän saattaa olla ammatillinen koulutus, joka ohjaa varmistamaan potilaan turvallisuuden säilymisen, vaikkakin rajoittamalla potilaan itsemääräämisoikeutta ja liikkumisvapautta. Hoitohenkilökunnan toimintaan vaikuttavat lääkärin, muiden hoitajien ja omaisten toiveet hoidosta. Myös hoitajien tietotaso ja tietämys rajoitteiden käytöstä sekä seurauksista voivat olla puutteellisia. (Saarnio ym. 2007, 116; Saarnio 2009, 28.)

Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä on tehtävä yksilöity päätös. Potilaan fyysisen liikkumisen rajoittamisesta päättää ja vastaa lääkäri sekä hän myös arvioi, milloin turvavälineen käyttö lopetetaan. Rajoittamistarpeen arvioinnissa käytetään myös potilaan tuntevan hoitajan ja hoitotyön asiantuntemusta. Olennaista on, että turvavälinettä käytetään vain niin kauan kuin on tarpeen ja tarvetta arvioidaan säännöllisesti. Turvavälineen käytön peruste, käyttö ja käytön kesto kirjataan potilasasiakirjoihin. Ennen päätöksentekoa pitäisi selvittää potilaan kanta asiaan tai, jos potilas ei pysty itse asiaa päättämään, niin päätöstä varten tulee saada potilaan läheisen suostumus. (Valvira 2015.)

Lääkäri antaa fyysisen rajoittamisen käyttöön kirjallisen määräyksen. Usein potilaan fyysisestä rajoittamisesta päättää potilasta hoitava hoitaja. Myös omaiset voivat toivoa tai vaatia fyysisten rajoitteiden käyttöä, esimerkiksi sängynlaitojen nostoa, omaisensa turvallisuuden lisäämiseksi. Rajoittamispäätöksen pitäisi kuitenkin perustua potilaan hoitoon

osallistuvien hoitajien yhteisen keskusteluun, pohdintaan ja arviointiin potilaan tilanteesta sekä vaihtoehtojen pohtimiseen fyysisen rajoittamisen sijasta. Rajoittamisen tarpeen arvioinnin pitäisi olla asiakaslähtöistä ja perustua potilaan toimintakykyyn, jotta rajoittamispäätös olisi perusteltu. Arviointi vähentää myös rutiininomaista rajoittamista. (Saarnio & Isola 2008, 271; Saarnio 2009, 59, 63.) Hoitajien päätös olla käyttämättä fyysisistä rajoittamista johtua esimerkiksi siitä, että rajoittamiselle ei ole virallista lupaa, päivällä on enemmän hoitohenkilökuntaa, että on olemassa lääkärin määräys ja omaisten toivomus siitä, että rajoittamista ei käytettäisi sekä potilaan tunteminen (Karlsson ym. 2000, 847).

Hoitajille fyysisen liikkumisen rajoittamisen käyttö vanhusten hoidossa aiheuttaa sekä eettisiä ja käytännön tason haasteita että ristiriitaisia tuntemuksia (Karlsson ym. 2000, 849). Hoitajat pitävät rajoittamista välttämättömänä tilanteissa, joissa ei ole muuta vaihtoehtoa, mutta se aiheuttaa hoitajissa ristiriitaisia tunteita, kuten ahdistusta (Saarnio 2009, 82), sekä eettistä ristiriitaa potilaan itsemääräämisoikeuden ja potilaan hyvän hoidon toteutumisen kannalta. Hoitajista tuntuu, että fyysinen rajoittaminen vahingoittaa potilasta (Karlsson ym. 2000, 848), mutta saattavat myös vähätellä fyysisen rajoittamisen fyysisiä ja psyykkisiä haittoja (Suen ym. 2006, 26). Potilaissa ja heidän omaisissaan liikkumisen fyysinen rajoittaminen vahvistaa turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta herättää myös epäluottamuksen tunnetta, jos hoitohenkilökunta ei kerro rajoittamisen käytön syitä. Potilaalle rajoittaminen aiheuttaa pelon, yksinäisyyden ja turhautumisen tunteita. (Saarnio 2009, 64, 82.) Hoitajien tietämys ja kokemus vähentävät rajoitteiden käyttöä (Suen ym. 2006, 26).

5.3 Fyysisten rajoitteiden käyttö ja menetelmät sekavan potilaan hoitotyössä

Terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa on yli 20 potilaspaikkaa, käytetään eniten fyysisen liikkumisen rajoittamisen muotoja (Saarnio ym. 2007, 116). Fyysinen rajoittaminen voi olla joko suoraa tai epäsuoraa. Suoria fyysisiä rajoittamismenetelmiä ovat esimerkiksi ovien lukitseminen, erilaiset tuolit ja pyörätuolit vyökiinnityksellä, sängynlaidat, sidottavat

turvaliivit, magneettivyöt jalka-, ranne-, ja vyötärösitein sekä henkilökunnan voimankäyttö, jolla potilaan liikkumista rajoitetaan. Epäsuoria menetelmiä ovat esimerkiksi apuvälineiden poisotto, avun saannin epääminen soittokelloa siirtämällä ja potilasta passivoiva hoito- ja toimintamalli. (Saarnio 2009, 25, 60.) Saarnion ym. (2007, 112) mukaan eniten käytetään sellaisia fyysisen rajoittamisen muotoja, joiden käyttöön ei vaadita lääkärin lupaa. Tutkimuksen mukaan yleisimpiä muotoja ovat vuoteen laidan ylös nostaminen ja geriatriassa tuolissa pöytälevyn eteen asettaminen. Myös pyörätuolia ja tavallista tuolia vyökiinnityksellä tai haaravyöllä käytetään potilaan liikkumisen estämiseen.

Todennäköisimmin fyysistä rajoittamista käytetään potilaalla, jolla on kognitiivista vajavuutta, heikko fyysinen toimintakyky tai käytösoireita. Pelätään, että potilas eksyy tai kaatuu, varsinkin, jos potilaan muisti on heikentynyt ja hän ei muista, että ei pysty kävelemään. Fyysisen rajoittamisen käyttöä lisää myös ympäristölle aiheutuva häiriö. Potilas saattaa olla aggressiivinen, levoton, sekava tai hätääntynyt. Potilas vaeltelee huoneesta toiseen ja häiritsee vaeltelullaan muita potilaita. Haasteellisesti käyttäytyvä vanhus on uhka itselleen, muille potilaille sekä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille. (Pekkarinen, Elovainio, Sinervo, Finne-Soveri & Noro, 2006, 1114, 1116; Saarnio & Isola, 2008, 269.) Yleensä haasteellista käyttäytymistä esiintyy iltahämärässä (Moore & Haralambous 2007, 535) ja se altistaa potilaan rajoittamistoimille, koska hoitohenkilöstöä on iltaisin vähemmän (Bourbonniere ym. 2003, 1080).

Yleisin syy fyysisen rajoittamisen käytölle on, että potilas on vaaraksi itselleen. Fyysistä liikkumisen rajoittamista käytetään potilaiden suojelemiseksi itsensä vahingoittamiselta, kuten estämällä sekavia tai muistisairaita potilaita putoamasta vuoteesta, poistamasta letkuja tai dreenejä ja aiheuttamasta haittaa itselleen, sekä myös potilaiden valvonnan helpottamiseksi (Demir 2007, 38). Todennäköistä on, että fyysinen rajoittaminen myös lisää potilaan kaatumisriskiä, koska rajoittamisen seurauksena potilaan levottomuus lisääntyy, potilas saattaa yrittää paeta ja kietoutua turvavälineeseen ja sen seurauksena kaatua. Saattaa myös olla, että hoitajat eivät valvo yhtä säännöllisesti potilasta

fyysisen liikkumisen rajoittamisen aikana. (Shorr, Guillen, Rosenblatt, walker, Gaudle & Kritchevsky 2002, 528.)

Vanhuspotilaalle sairaalahoito on suuri riski kognitiivisen, fyysisen ja psykososiaalisen tilan alenemiselle. Rajoittamisen käyttö johtaa potilaan sosiaaliseen eristyneisyyteen ja lisää sekavuutta. Rajoittamisen aikana potilaat kokevat itsemääräämisoikeuden ja omatoimisuuden menettämistä sekä myös vihan, hermostuneisuuden, hämmennyksen, sekavuuden, tyytymättömyyden ja pelokkuuden tunteita. (Demir 2007, 39.)

Rajoittamisen seurauksena potilaan kävely- ja tasapainokyky heikkenee, liikkumiskyky katoaa ja potilas myös alistuu fyysisen liikkumisen rajoittamiselle. Rajoitteiden käyttöä on vaikea lopettaa, kun se on aloitettu. Tällä on puolestaan vaikutusta potilaan kuntoutumiseen. (Mott, Poole & Kenrick 2005, 99.)

Hallusinaatio- tai sekavuustilan aikana potilas vaarantaa hoidollisen hyvinvointinsa. Tästä näkökulmasta katsoen fyysisen liikkumisen rajoittaminen tai rauhoittavien lääkkeiden käyttö näyttäisi olevan yksinkertainen ratkaisu tähän ongelmaan. (Bray, Hill, Robson, Leaver, Walker, O'Leary, Delaney, Walsh, Gager & Waterhouse 2004, 200.)

Kuitenkin rajoittamisen käyttöön potilailla liittyy sekä fyysisiä että psyykkisiä seurauksia, jotka ovat vakavia ja jopa henkeä uhkaavia (Demir 2007, 43).

Rajoittamisen käyttöä perustellaan potilaan turvallisuuden parantamisella ja varmistamisella sekä potilaan suojelemisella tapaturmilta (Karlsson ym. 2000, 843; Suen ym. 2006, 25). Fyysisen liikkumisen rajoittamisen pitkäaikainen käyttö aiheuttaa ihorikkoja käsiremmien ja vöiden seurauksena, painehaavaumia, laskimotukoksia, aspiraatio- ja hengitysvaivoja, inkontinenssia, sairaalainfektioita ja altistaa potilaan kaatumiselle tai putoamiselle sekä niihin liittyviin vammoihin. Pitkäaikainen rajoittaminen altistaa levottomuudelle, rytmihäiriöille, lisää tukehtumisvaaraa ja siten kuoleman riskiä. Henkisiä vammoja ovat ahdistuneisuus ja erilaiset pelkotilat. Rajoittaminen myös pidentää sairaalassaoloaikaa ja saattaa johtaa pysyvään laitoshoitoon.

Suositeltavaa on, että fyysisen liikkumisen rajoittamista käytettäisiin vasta viimeisenä keinona. (Demir 2007, 39–40; Evans ym. 2003, 278–280.)

5.4 Rajoittamisen vähentämiseen liittyviä tekijöitä

Fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää etsimällä vaihtoehtoisia tapoja toimia hoitotyön haasteellisissa tilanteissa. Rajoittamistilanteet liittyvät usein potilaan hoitotoimien onnistumiseen. Osastoilla pitäisi olla selkeät kirjalliset ohjeet fyysisten rajoitteiden käyttötilanteisiin, koska ohjeistus tehostaa potilaan seurantaa ja auttaa arvioimaan rajoittamistarpeen lopettamisen, jotta rajoittaminen olisi mahdollisimman lyhytaikaista. Myös aktiivinen kirjaaminen potilasasiapapereihin on tärkeää. (Saarnio & Isola 2008, 271.)

Demirin (2007, 40) mukaan hoitajien käyttämiä vaihtoehtoisia menetelmiä rajoittamiselle ovat potilaan ympäristön järjestäminen turvallisemmaksi, omaisten paikallaolo, ajan viettäminen potilaan kanssa, potilaan sijoittaminen lähemmäksi hoitajien kansliaa ja potilaan tarpeisiin vastaaminen. Saarnio ja Isolan (2008, 274–275) mukaan huomiota pitäisi kiinnittää hoitoympäristön turvallisuuteen, sen rauhoittamiseen melulta ja hyvään valaistukseen. Ympäristön ollessa turvallinen hoitajien ei tarvitsisi pelätä potilaan loukkaantumista. Hoitajan kiinnostus haastavasti käyttäytyvän potilaan käytöksen syihin, oman persoonallisuuden käyttö, järkipäistävä toiminta eli potilaan ohjaaminen ja perustelut toiminnalle, voivat auttaa haastavan tilanteen kääntämisessä myönteisemmiksi.

Hoitajan perustelevaan ja ohjaavaan toimintaan kuuluu pyrkiminen keskusteluyhteyteen eli ei heti torjuta haasteellisesti käyttäytyvän asiaa. Ohjaustilanteessa oleellista ovat katse- ja kosketuskontakti, elekieli ja kahden kesken oleminen, toimiminen potilasta rauhoittavalla tavalla sekä yhden asian käsittely kerrallaan ja puheen selkeys. Omaisten vierailut ja läheisyys yleensä rauhoittavat potilasta. Hoitajan olisi hyvä olla muutaman askeleen potilaan edellä, jotta haasteellinen käyttäytyminen voidaan ennakoida ja ehkäistä, esimerkiksi ohjaamalla potilaan toiminta ja huomio muuhun. Hoitajan pitäisi tietää potilaan taustasta, hoito- ja

elämänhistoriasta, jotta haasteellista käyttäytymistä voi ennalta ehkäistä. Turha fyysisten rajoitteiden käyttö voidaan välttää ymmärtävällä, ystävällisellä ja potilasta kunnioittavalla lähestymistavalla sekä vastaamalla potilaan tarpeisiin, esimerkiksi kipuun. (Saarnio & Isola 2008, 275–277.) Myös gerontologinen hoitotyön täydennyskoulutus tukee hoitajia potilaan käyttäytymisen arvioinnissa ja ohjaa vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttämiseen rajoittamisen sijaan (Saarnio 2009, 85).

5.5 Fyysistä rajoittamista ohjaavat lait, säädökset ja suositukset

Somaattisen sairauden vuoksi potilaaseen kohdistuvaa suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä ei ole säännelty lailla. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE, joka toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa, on lausunnossaan ottanut kantaa potilaan itsemääräämisoikeuden ja henkilökunnan oikeusturvan toteutumiseen suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytössä. Etenen mukaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden tarkoitus on potilaan turvallisuus ja hoitotoimien toteutus. Potilaan itsemääräämisoikeuden tulee toteutua mahdollisimman hyvin. (ETENE 2009.)

Lakiesitystä valmistellut työryhmä antoi raportin peruspalveluministerille huhtikuussa 2014. Neuvottelukunta toteaa lausunnossaan, että laki ei yksin riitä rajoitustoimien vähentämiseen. Huomiota tulisi kiinnittää henkilökunnan koulutukseen ja toimenpiteiden vähentämiseen, tilanteiden ennakointiin ja vaihtoehtoihin toimintamuotoihin. Hyvien käytänteiden lisääminen hoitotyössä on tärkeää. (ETENE 2014.)

Suomen perustuslain (731/1999, 7. §) mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti ilman laissa säädettyä perustetta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3. §, 6. §) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen

ihmisarvoaan loukata sekä niin, että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Mielenterveyslaissa (1116/1990) on potilaan itsemääräämisoikeus ja fyysinen rajoittaminen tarkoin säädelty. Mielenterveyslain (1116/1990, 22 a §) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Hoidon suorittamisen kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä päättää potilaan hoidosta vastaava lääkäri (Mielenterveyslaki 1116/1990, 22. c §).

Mielenterveyslain (1116/1990, 22 e §) mukaan potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita tai, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi sekä, jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.

Mielenterveyslain (1116/1990, 22 f §) mukaan potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää sekä päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. Hoitohenkilökunnalla pitää olla näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen sekä potilasta on seurattava jatkuvasti, jos potilas on sidottu.

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyöllämme on selkeä yhteys työelämään, mikä tukee ja kehittää myös omaa ammatillista kasvuamme. Kartutamme tietoa ja taitoa sekavan potilaan kohtaamisessa, hoitamisessa ja hoidon haasteisissa tilanteissa. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla opiskelija pääsee ratkaisemaan työelämlähtöistä ja käytännönläheistä ongelmaa (Vilkka & Airaksinen 2003, 17).

6.1 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä, koska tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia hoitotyön toiminnan kannalta. Laadullisella tutkimuksella pyritään syvällisempään ymmärtämiseen tutkittavasta ilmiöstä (Vilkka 2005, 99). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ihmisten todellista elämää ja tutkia asiaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena ei ole löytää totuutta tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa ei testata teorioita tai hypoteeseja, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää. Tutkimuksen kohderyhmä on tarkasti valittu, ei sattumanvarainen. Tutkimusaineisto hankitaan metodein, joissa tutkittavien ääni pääsee esiin. Tutkimussuunnitelma on joustava ja elää tutkimuksen edetessä. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistona voi olla joukko yksilöhaastatteluja, yksi tapaus tai vain yhden henkilön haastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161, 164, 181.)

Tiedonkeruumenetelmänä olemme käyttäneet haastattelua. Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, jos halutaan saada selville ihmisten ajatuksia, tuntemuksia, kokemuksia tai uskomuksia. Haastattelu antaa vastaajille mahdollisuuden vastata omin sanoin ja tuoda esille omia näkemyksiä sekä kertoa kuvaavia esimerkkejä tutkittavasta aiheesta. Haastattelu sopii paremmin aroille ja emotionaalisille tutkimusalueille. Haastattelun etuna on haastateltavien tutkimukseen mukaan saaminen ja se, että heidät voidaan tavoittaa myöhemmin, jos aineistoa joudutaan täydentämään. (Hirsjärvi ym. 2014, 185, 205–206.)

Miettiessämme haastattelun muotoa päädyimme teemahaastatteluun, koska sen voi kohdentaa tiettyyn teemaan. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä ja haastattelu rakentuu tiettyjen teemojen ympärille, joista keskustellaan. Haastateltavat teemat ovat haastateltavien tiedossa etukäteen. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymysten muoto on kaikille sama, mutta teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole merkitystä. Tavoitteena on keskeisten teemojen läpikäyminen kaikkien haastateltavien kanssa ja heidän näkemyksensä kuuluviin saanti. Haastattelutilanne voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47–48, 61.)

6.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla vuodeosastojen hoitajia teemahaastattelumenetelmällä laatimamme haastattelurungon avulla. Haastattelurungon testasimme etukäteen ulkopuolisella hoitajalla, jotta saimme tietoa haastattelun kestosta ja kysymysten toimivuudesta. Haastattelut toteutettiin vuodeosastoilla. Haastattelut nauhoitettiin keskustelun sujuvuuden ja myöhemmän aineiston analysoinnin sekä haastattelutapahtuman olennaisten seikkojen säilyttämiseksi ja varmistamiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2010, 92).

Meille ehdotettiin haastattelun tekemistä ryhmähaastattelun muodossa. Ryhmähaastattelun etuna on, että sillä saadaan tietoa useammalta vastaajalta samanaikaisesti (Hirsjärvi ym. 2014, 210). Ajattelimme, että teemme haastattelun ryhmähaastattelun alalajina eli parihaastatteluna, koska aloittelevina haastattelijoina emme kokeneet olevamme tarpeeksi kokeneita ryhmähaastattelun hallintaan.

Hoitajien haastattelu tehtiin parihaastatteluina neljän terveysaseman vuodeosastolla. Teimme yhteistyötä vuodeosastojen osastonhoitajien kanssa, koska haastattelut tehtiin työaikana ja haastatteluajankohdat täytyi sopia ennakkoon työntekijöiden työvuorojen mukaan. Osastonhoitajat olivat esitelleet lähettämämme opinnäytetyön saatekirjeen osaston hoitajille ja hoitajat olivat keskustelleet haastattelun teemoista osastolla.

(Liite 3) Haastateltavat hoitajat olivat ilmoittautuneet vapaaehtoisesti osastonhoitajalle tai osastonhoitaja oli pyytänyt hoitajaa mukaan haastatteluun. Haastatteluun osallistui kahdeksan hoitajaa. Heistä viisi oli sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa. Yhdellä hoitajalla kokemusta oli alle kymmenen vuotta ja muilla oli yli kahdenkymmenen vuoden kokemus hoitotyöstä. Hoitajat antoivat luvan haastatteluihin allekirjoittamalla suostumuksen, jossa kerrottiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilyttämisestä ja aineiston hävittämisestä. (Liite 4)

Haastattelupaikkana käytettiin osastonhoitajien huonetta ja yhdessä terveysaseman neuvotteluhuonetta. Ympäristönä huoneet olivat rauhallisia ja mahdolliset potilaskutsut eivät sinne kuuluneet. Haastattelu oli muiden työntekijöiden tiedossa ja haastattelun aikana kukaan ei tullut käymään huoneessa. Parihaastattelu mahdollisti vapautuneen teemoihin liittyvän keskustelun ja haastattelu haluttiin pitää mahdollisimman vapaamuotoisena. Haastateltaville annettiin puhua asioista, joista he halusivat kertoa. Toinen haastattelihoitaja työskentelee yhdellä terveysasemalla, jossa haastattelut tehtiin.

Aineiston kylläntymisellä eli saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että aineistossa alkavat toistua samat asiat (Hirsjärvi ym. 2014, 182). Neljännen haastattelun lopussa ei enää ilmaantunut mitään uutta, mutta saattaa olla, että jotain olennaista on jäänyt mainitsematta. Tutkijoiden vaikutusta haastateltaviin koetettiin vähentää ohjaamalla keskustelua mahdollisimman vähän.

6.3 Haastatteluaineiston käsittely ja analyysi

Tutkimusaineiston muuttaminen tekstimuotoon auttaa haastatteluaineiston analysoinnissa (Vilkka 2005, 115). Aineiston litterointi aloitettiin heti haastattelujen jälkeen, jolloin haastattelutilanne oli tuoreessa muistissa. Nauhoitettu aineisto purettiin tietokoneelle ja haastattelu hävitettiin poistamalla se nauhurista. Litteroidut haastattelut ovat opinnäytetyön

tekijöiden hallussa. Aineisto säilytetään asianmukaisesti ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyössä on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä menetelmää. Induktiivisen aineiston analyysin lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Aineiston annetaan itsensä kertoa, mitä se pitää sisällään. (Hirsjärvi ym. 2014, 164.) Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään luomaan tiivistetty ja pelkistetty muoto tutkittavasta ilmiöstä kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91, 103.)

Induktiivista, aineistolähtöistä aukikirjoitettua aineistoa voidaan pilkkoa vaiheittain pienempiin osiin. Aineiston analyysiyksikkönä voi olla sana, lause tai lauseista muodostunut ajatuskokonaisuus. Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: pelkistämiseen eli redusointiin, ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Pelkistämisessä alkuperäinen aineisto pelkistetään tiivistettyyn muotoon. Aineisto pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla olennaiset ilmaisut tutkimustehtävän mukaisesti. Aineistosta nostetut ilmaukset voidaan aukikirjoittaa ja sen jälkeen listata ne peräkkäin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 108–110.)

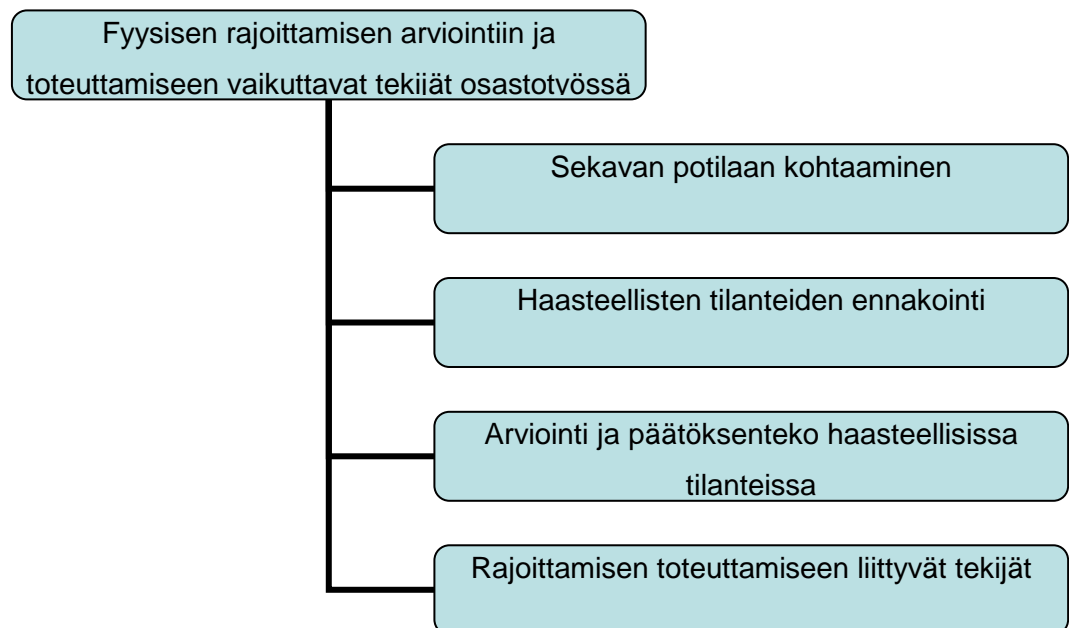
Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineiston samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä, joka voi olla ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Pelkistetyt ilmaisut yhdistetään ala-, ylä- ja pääluokiksi. Abstrahoinnissa valikoidusta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistämällä luokituksia, kunnes saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110–112.)

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla aineistoa useamman kerran läpi. Aineistoon olimme tutustuneet jo haastattelutilanteessa ja litteroinnin aikana. Analysointiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, koska se sisältää useita lauseita. Sen jälkeen aineiston analysoinnissa siirryttiin pelkistämään aineistoa eli poistamaan siitä kaikki tutkimustehtävän kannalta epäolennainen pois. Tämä tehtiin esittämällä aineistolle kysymyksiä. Kysymysten avulla aineistosta nostettiin vastauksia kuvaavia ilmauksia alleviivaamalla niitä eri väreillä. Aineistoa luettaessa siihen myös tehtiin reunamerkintöjä aineiston sisällöstä. Tämän jälkeen nämä alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja etsittiin samankaltaisia ilmaisuja, jotka ryhmiteltiin eli klusteroitiin alaluokkaa kuvaavalla käsitteellä. Tiivistettyjen käsitteiden yhdistämistä jatkettiin edelleen yläluokiksi, pääluokiksi ja lopulta ryhmittelyä yhdistäväksi luokaksi. Esimerkki sisällönanalyysistä on liitteessä 5. Sisällönanalyysi on edennyt ohjauskeskusteluissa opettajan kanssa.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Potilaan fyysisen rajoittamisen arviointiin ja toteuttamiseen vaikuttavat tekijät osastotyössä

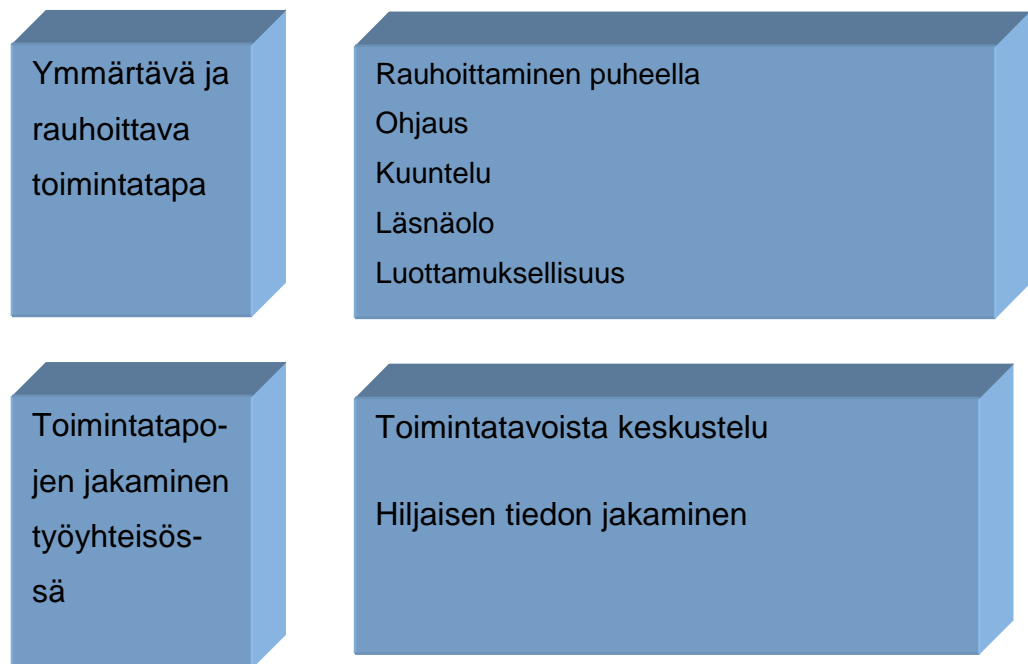
Hoitajien kokemuksia sekavan potilaan kohtaamisesta ja fyysisen rajoittamisen tarpeen arvioinnista ja toteuttamisesta vuodeosastolla käsiteltiin neljän asiasisällön kautta. Asiasisällöt muotoutuivat sekavan potilaan kohtaamiseen, haasteellisten tilanteiden ennakkointiin, arviointiin ja päätöksentekoon haasteellisissa tilanteissa sekä rajoittamisen toteuttamiseen liittyviin tekijöihin (kuvio 1).



Kuvio 1. Fyysisen rajoittamisen arviointiin ja toteuttamiseen liittyvät tekijät osastotyössä

7.2 Sekavan potilaan kohtaaminen

Hoitajat käyttivät sekavan potilaan kohtaamisessa *ymmärtävää ja rauhoittavaa toimintatapaa*. Sekavan potilaan kohtaamiseen liittyvän *tiedon ja toimintatapojen jakaminen työyhteisössä* nähtiin sekä hoitajien tietoa lisääväksi että sekavan potilaan hoitotyötä edistäväksi tekijäksi (kuvio 2).



Kuvio 2. Hoitajan toiminta sekavan potilaan kohtaamisessa

Ymmärtävä ja rauhoittava toimintatapa näkyi hoitajan sovittelevana ja nöyränä lähestymistapana. Haastateltujen hoitajien suhtautumistapa sekavaan potilaaseen oli lempeä, ystävällinen, ymmärtäväinen, rauhallinen ja luottamusta herättävä. Sekavaa potilasta rauhoiteltiin puheella ja hänelle selitettiin, mitä tehtiin sekä minne oltiin menossa. Joissain tilanteissa nähtiin paremmaksi olla hiljaa, jotta potilaan haasteellinen käytös ei lisääntyisi. Kokemus antoi toimintamallin haasteellisissa tilanteissa, kuinka toimia potilaan kanssa, ollako hiljaa vai puhua. Kokemuksesta oli myös apua sekavuuden taustan huomioon ottamisessa. Kokemattomammat hoitajat yrittivät kokeilla käskyttää haasteellisesti käyttäytyvää potilasta, mutta siitä ei nähty olevan apua.

Hoitajan puhetavalla ja äänensävyllä koettiin olevan merkitystä sekavan potilaan kohtaamisessa. Liian kova tai kirkas ääni saattoi saada potilaan ärsyyntymään.

Hoitajat käyttivät sekavan potilaan kanssa toimiessaan neuvottelua ja houkuttelua, joilla tilanteita saatiin rauhoitettua ja potilasta ohjattua. Potilaan kanssa pyrittiin luomaan luottamuksellinen hoitosuhde liittoutumalla potilaan kanssa. Koettiin, että potilaan kanssa pääsi paremmin vuorovaikutukseen ja potilas oli rauhallisempi, kun potilaan kohtasi yksin. Potilaan ehdoilla toimiessaan hoitajat saivat sekavan potilaan toimimaan haluamallaan tavalla ja ohjattuna tekemään mahdollisimman paljon itse. Välillä hoitaja koki turhauttavaksi ja haastavaksi tilanteen, jossa potilas ei sekavuudeltaan ymmärtänyt ohjeita. Hoitajat havainnoivat potilaan kehonkieltä, jos oli vaikeaa saada selville, mikä potilaalla oli hätänä, koska sekava muistisairas potilas ei välttämättä osannut sitä itse kertoa. Vuorovaikutustilanteissa sekava potilas saattoi provosoitua myös liiasta informaatiotulvasta. Kahdenkeskeisyys hoitotilanteissa auttoi tarkkailemaan potilasta käytöstä. Tämä vaati hoitajalta aikaa ja läsnäoloa, siinä hetkessä olemista.

Haastatellut hoitajat kokivat yhteistyön tekemisen aggressiivisesti ja hyökkäävästi käyttäytyvän potilaan kanssa haasteelliseksi ja vaikeaksi. Aggressiivista, sekavaa potilasta lähestyttiin rauhallisesti ja potilaan annettiin sanallisesti purkaa paineita, ennen kuin hoitajat alkoivat ehdotella mitään. Todettiin, että alkuun ei kannattanut edes keskustella, vaan kuunnella potilasta. Kohtaamisessa hoitajat korostivat, että hoitajan itsensä pitää olla rauhallinen eikä saa hermostua. Varovaisuutta aggressiivisen potilaan kanssa korostettiin, koska hoitajan oma provosoiva käytös vain pahensi tilannetta. Sekavaa potilasta ei voinut lähteä komentamaan, vaan potilasta rauhoiteltiin ja ohjattiin puheella. Sekavan potilaan komentaminen saattoi aiheuttaa potilaan käytöksen muuttumisen aggressiiviseksi.

Tiedon ja toimintatapojen jakaminen sekavan potilaan kohtaamisessa koettiin tärkeäksi oppitilanteeksi. Osastotunneilla käsiteltiin, miten sekavia

potilaita kohdataan. Yhdessä käytiin läpi haasteellisia tilanteita, mitä on ollut, miten suhtaudutaan ja miten tilanteissa toimitaan. Hoitajat keskustelivat raporteilla ja keskenään toimintatavoista sekavan potilaan hoidon haasteista ja jakoivat samalla hiljaista tietoa uusille hoitajille. Myös konkreettisten esimerkkien kertominen, tiedon ja vinkkien antaminen, koettiin hyväksi konstiksi siirtää hoitajien vuosien saatossa saamaa ammattitaitoa. Haastatellut kuvasivat asiaa esimerkiksi seuraavasti:

Kyllä mä ainakin esimerkkien kautta, et silloinkin tapahtu sellaista ja tehtiin silleen. Et yrittää niinku sitä kautta sille nuoremmalle kertoa.

7.3 Haasteellisten tilanteiden ennakointi

Sekava potilas voi olla hyvin arvaamaton käytökseltään, eivätkä uhkaavat tilanteet aina olleet ennalta arvattavissa. Sekavan potilaan hoitaminen koettiin ongelmalliseksi, koska usein haasteelliset tilanteet tulivat yllättäen. Potilaan mieliala saattoi muuttua yhtäkkiä sekavaksi, harhaiseksi ja aggressiiviseksi. Sekavuuden oireet aiheuttivat potilaalle äänien kuulemista ja näköharhoja, joita potilas saattoi pitää uhkana. Pahimmassa tapauksessa potilas käytti väkivaltaa, jossa hoitaja oli kohteena.

Haasteellisten tilanteiden ennakkoinnissa käytettiin *ammatillista toimintatapaa* ja *tiedon ja kokemuksen hyödyntämistä* (kuvio 3).

Ammatillinen toimintatapa	Tiedon ja kokemuksen hyödyntäminen
Sekavuuden taustan selvittäminen Ennusmerkkien huomioiminen Hoitajan toiminta Toimintatavan muuttaminen Potilaan sijoittaminen osastolla	Käytännön kokemus Teoreettinen tietämys

Kuvio 3. Haasteellisten tilanteiden ennakointia kuvaavat kategoriat

Haastateltavien mielestä ennakointiin löytyi useita keinoja, joilla haastavien tilanteiden syntymistä voitiin ehkäistä. Sekavuuden taustan selvittäminen oli osa *ammattillista toimintatapaa*. Sekavuuden syynä saattoi olla jokin somaattinen vaiva, kuten virtsatieinfektio, kipu, hiljattain aloitettu lääke tai muistisairaus. Monta kertaa potilaan kivut, joita hän ei osannut ilmaista, olivat sekavuuden, tuskaisuuden ja aggressiivisen käyttäytymisen syynä. Dementiapotilaalla paikan vaihdos, vieras ympäristö ja vieraat ihmiset, sekoittivat potilasta. Lääkäri koettiin tärkeäksi henkilöksi äkillisen sekavuuden syyn selvittämisessä.

Hoitajan oman toiminnan merkitys nostettiin merkitykselliseksi asiaksi sekavan potilaan hoidossa. Haastateltavat näkivät tärkeäksi sen, miten potilashuoneeseen mentiin ja, miten potilasta kohdeltiin. Ovien paukuttelua tai potilaan provosoivaa käskyttämistä ei nähty sopivaksi, koska se vaikeutti potilaan hoidon onnistumista. Sekavan potilaan hoitotilanteissa hoitajalta vaadittiin aikaa, läsnäoloa, pitkää pinnaa ja kärsivällisyyttä. Jos hoitaja käytti omaa persoonaansa, oli rauhallinen ja ystävällinen toimiessaan potilaan kanssa, herätti se paremmin luottamusta potilaassa. Hoitaja valmisteli potilasta tulevaan tilanteeseen selittäessään etukäteen toimintaansa, esimerkiksi, että tulisi antamaan yöllä lääkettä. Samalla hoitaja ennakoi mahdollisen haasteellisen tilanteen syntymisen ja vältti konfliktin potilaan kanssa. Sekavan potilaan rauhoittelukeinoina käytettiin myös välipalan tarjoamista, joka joitain potilaita saattoi rauhoittaa. Joskus saatettiin päiväsaikaan pyytää omaisia paikalle, koska tutun ihmisen näkeminen rauhoitti potilasta.

Haasteellisten tilanteiden ennalta ehkäisynä käytettiin toimintatavan muuttamista ja luovuutta. Sekavan potilaan hoitotilanteissa saatettiin vaihtaa hoitajaa, jos tilanne niin vaati. Potilas saattoi ärsyntyä jonkun hoitajan näkemisestä ja reagoida voimakkaasti. Koettiin, että uuden hoitajan tuleminen tilanteeseen auttoi, jos potilaan ja hoitajan vuorovaikutus ei jostain syystä sillä hetkellä onnistunut. Yhteistyö toisen hoitajan kanssa helpotti hoitotoimien suorittamista. Seuraavalla kerralla hoitotilanne ei välttämättä aiheuttanut potilaassa mitään reaktiota ja potilaan reagointi liitettiinkin sekavuustilaan. Muina keinoina potilaan

käyttäytymisen ennakointiin ja rauhoitteluun käytettiin potilaan hoitotoimien keskeyttämistä. Levottoman potilaan annettiin olla hetken yksin omassa rauhassa. Hoitotoimia voitiin siirtää myös myöhempään ajankohtaan, kunnes potilas oli rauhallinen ja päästä tällä tavoin yhteisymmärrykseen potilaan kanssa. Jos potilas ei ollut häiriöksi muille, sekavan potilaan liikkumista osastolla ei rajoitettu, vaan hänen annettiin liikkua vapaasti. Hoitajia ei haitannut potilaan keskustelemaan tuleminen, jatkuva puhuminen tai saman asian kyseleminen monta kertaa.

Sekava potilas saattoi nähdä asioita, joita huoneessa ei ollut, mutta ne olivat todellisia potilaalle. Hoitajien mukaan harhaisuuteen oli ollut vuosien aikana erilaisia lähestymistapoja. Periaatteena oli, että harhoihin ei lähdetty mukaan. Toisaalta harhan varjolla potilas saattoi olla yhteistyökykyinen, jolloin harhoja ei kielletty. Oli myös tilanteita, joissa hoitajat kokivat, että haastavasta tilanteesta ei ollut ulospääsyä, jos ei mennyt potilaan maailmaan mukaan. Ahdistusta aiheuttavista harhoista pyrittiin pääsemään eroon keskustelemalla. Sekavan potilaan harhaisuus kirjattiin ja raportoitin asianmukaisesti, jolloin potilaan psyykkisen tilan arviointi ja tilanteiden ennakointi oli helpompaa.

Hoitajat tekivät myös huomioita potilaasta alkavan sekavuuden ennakoinniseksi. Hoitajien mukaan lääkekielteisyyks oli ensimmäisiä sekavuuden ja mahdollisten käytösoireiden kehittymisen ennusmerkkejä. Myös potilaan huonetoveri saattoi kertoa potilaan muuttuneesta käytöksestä. Jos nähtiin, että potilaan ”vauhti kiihtyi” iltavuoron aikana, niin toivottiin, että potilaalle annettaisiin siinä kohtaa rauhoittavaa lääkettä. Jos potilas vastusteli lääkitystä, tilanne voitiin välttää lääkitystavan muuttamisella, kuten lihakseen pistettävällä lääkkeellä. Tällä tavoin saatettiin estää potilaan sitominen ja toteuttaa potilaan tarvitsema hoito. Aina potilaan sekavuus ei alkanut niin, että sitä olisi voinut ennakoida.

Sekavan potilaan sijoittamista osastolla hoitajat joutuivat miettimään monesta näkökulmasta. Potilas pyrittiin sijoittamaan pieneen ja rauhalliseen huoneeseen, jos paikkatilanne sen salli tai, jos huomattiin, että isossa huoneessa potilas häiritsi kaikkia muita. Sekavaa potilasta ei

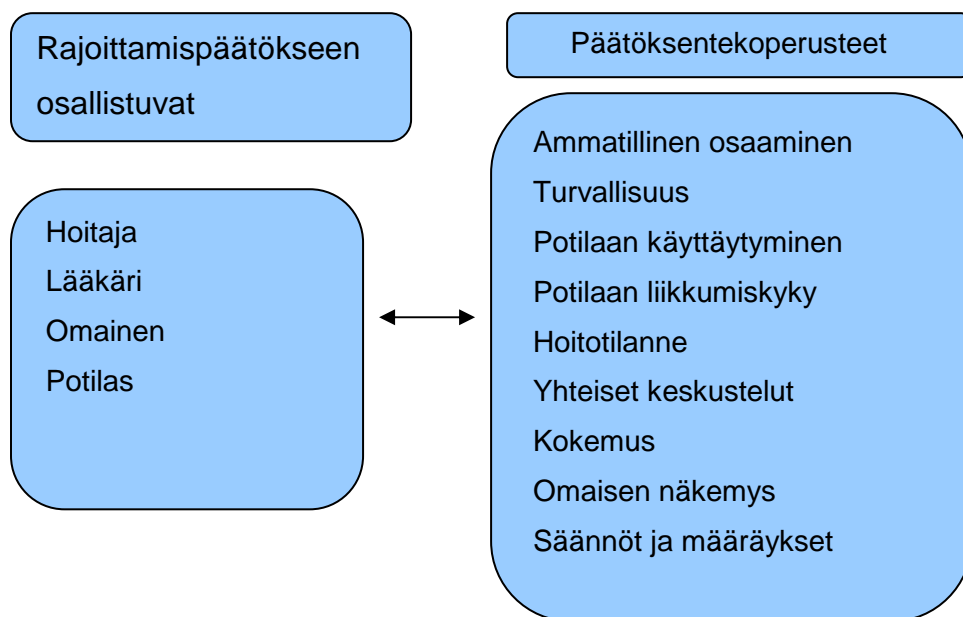
mielellään sijoitettu vuodepotilaan viereen, koska potilas saattoi esimerkiksi alkaa väkisin syöttämään vuodepotilasta. Potilaan näköetäisyydellä pitämisellä pyrittiin valvomaan ja seuraamaan sekavan potilaan vointia. Potilas voitiin tuoda hoitajien lähelle, koska potilas saattoi kokea yksin olemisen ahdistavana, tai hänet sijoitettiin kanslian lähellä olevaan huoneeseen, johon oli näkö- ja kuuloyhteys. Sekavan potilaan huoneen vaihtoa vältettiin, koska sillä oli vaikutusta potilaan tilaan.

Yleensä pyritään pitämään se ihminen silmän alla, et pyritään valvomaan ja seurataan sitä vointia.

Pitkään työssä olleiden hoitajien *tiedon ja kokemuksen hyödyntäminen* näkyi sekavan potilaan hoitotyössä. Heidän mielestään ihmisen kokonaisolemuksesta näki sekavuudesta, aggressiivisuudesta ja kivusta sekä siitä, oliko hänellä hyvä vai huono olla. Kokemuksen kautta merkkejä potilaan tilasta oli opittu lukemaan ja sitä kautta voitiin ennakoida tilan kehittymistä. Myös teoreettinen tieto sekavuuden syistä ja muistisairauksista sekä potilaan taustatietojen ja elämänhistorian tunteminen auttoi hoitajia haasteellisten tilanteiden ennakkoinnissa.

7.4 Arviointi ja päätöksenteko haasteellisissa tilanteissa

Sekavan potilaan haasteellisissa hoitotilanteissa hoitajat joutuvat tekemään jatkuvasti päätöksiä ja arviointia potilaan hoitoon liittyen. Tilanteet tulevat nopeasti ja myös hoitajien on pystyttävä toimimaan nopeasti. Hoitajan *ammattillinen osaaminen* on oleellinen osa päätöksentekoa. Hoitajat joutuvat arvioimaan tilanteita jatkuvasti ja ratkaisuihin vaikuttavat monenlaiset asiat, kuten potilaan *turvallisuus, liikkumiskyky ja käyttäytyminen* sekä *omaisen näkemys*. Hoitajien pitää ottaa huomioon myös erilaiset *säännöt ja lääkärin määräykset*, jotka ohjaavat hoitotyötä (kuvio 4). Hoitajan kyky nähdä potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti on myös yhteydessä päätöksentekoon rajoittamisesta ja sen vähentämisestä.



Kuvio 4. Arviointiin ja päätöksentekoon liittyvät tekijät

Haastatellut hoitajat tekivät päätöksiä erilaisten *arviointien* perusteella.

Hoitajat tarkkailivat sekavaa potilasta ammatillisen osaamisen ja käytännön kokemuksensa kautta. Arviointia tehtiin yhteisissä keskusteluissa ja raporteilla. Haastatellut hoitajat pohtivat *potilaan käyttäytymisen* perusteella, kuinka pitkälle potilasta pystyttiin seuraamaan ja, milloin tuli pyrkiä rauhoittamaan tilannetta sekä turvaamaan niin potilaan itsensä, muiden potilaiden kuin hoitajien turvallisuus. Hoitajien päätökseen sekavan potilaan fyysisestä rajoittamisesta saattoi myös vaikuttaa osaston suuri potilasmäärä, hoitajille kuuluvien tehtävien hoitaminen ja toisen potilaan läsnäoloa vaativa tilanne. Koettiin, että rauhatonta potilasta, joka ei pysy sängyssä, ei pystytä jatkuvasti vahtimaan.

Yleensä hoitajat joutuivat päättämään potilaan rajoittamisesta itsenäisesti. Tarkkaan harkittiin voitiinko sekavalle potilaalle nostaa sängyn laidat ylös vai oliko vaihtoehtona sitominen lantiovyöllä geriatriseen tai pyörätuoliin kiinni. Toiminnan perusteena oli turvallisuusriski ja pelko siitä, että potilas satuttaa itseään. Pelättiin, että jos potilas kaatuu tai putoaa kiipeämällä vuoteen laidan yli, hän murtaa kallonsa tai lonkkansa. Näissä tilanteissa päätös potilaan rajoittamisesta tehtiin hoitajien kesken, lääkäri ei siihen

puuttunut. Jokaisen potilaan kohdalla mietittiin tilannekohtaisesti, oliko potilaan fyysistä liikkumista pakko rajoittaa. Mikäli oli nähtävissä, että potilas vahingoittaa itseään tai muita, oli turvallisempaa laittaa potilas kiinni.

Et kyllähän sitä jokaisen potilaan kohdalla joutuu miettimään, onko tää oikein vai väärin. Onko mun nyt pakko sitoa, eikö tää nyt muuten pysy tässä. Että jotenkin se on vaikea kysymys.

Haastatellut hoitajat kokivat, että varsinkin yöaikaan potilaan sekavuus ja haasteelliset tilanteet kärjistyivät. Hoitajien *työkokemus* ja *osaaminen* näkyi siinä, että magneettivöitä käytettiin vain pakon edessä. Magneettivöiden käytölle on saatava lääkärin lupa ja virka-ajan ulkopuolella lääkäri määräsi potilaalle sitomisluvat ja rauhoittavan lääkityksen hoitajan kertomuksen perusteella. Magneettivöissä olevan potilaan tilaa ja rajoittamisen tarpeellisuutta seurattiin ja arvioitiin tunnin välein ja valvontalomakkeeseen kirjattiin potilaan sen hetkisestä voinnista. Jos potilas oli oikein sekava, niin hoitajat kävivät hänen luonaan useammin tai toivat potilaan kanslian läheisyyteen. Jos potilas oli rauhallinen ja nukkui, hoitajat tekivät päätöksen rajoittamisen lopettamisesta ja ottivat vyön pois. Hoitotoimien ajaksi vyöt irrotettiin ja hoitajat tekivät säännöllisiä kääntökierroksia. Potilaan totaalisitomista ja liikkumattomaksi tekemistä vältettiin. Vaikka potilaalla oli lääkärin määräämät sitomisluvat valmiina tullessaan jatkohoitoon, potilaan tarvetta magneettivöiden käyttöön arvioitiin uudelleen osastolla. Potilaalle aloitettu leposidehoito vietiin loppuun tai tilannetta tarkkailtiin yön yli. Usein potilasta ei kuitenkaan tarvinnut sitoa vuoteeseen olleenkaan.

Myös potilaan *liikkumiskykyä* arvioitiin. Potilas sai liikkua osastolla vapaasti, jos pystyi turvallisesti liikkumaan ja oli häiritsemättä muita potilaita. Liikkuvalle potilaalla ei myöskään nostettu laitoja ylös sängyssä. Fyysisen liikkumisen rajoittaminen ei ollut aina tarpeellista hoitotyön perusteluin, mutta potilaat halusivat sitä itse. Potilaat saattoivat pyytää hoitajaa nostamaan vuoteenlaidat ylös tai kiinnittämään turvavyön

pyörätuolissa oman turvattomuuden tunteensa ja putoamispelkonsa vuoksi. Hoitajat kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta toteuttamalla potilaan pyynnön.

Hoitajat pohtivat myös *omaisten* kanssa potilaan hyvän hoidon toteutumista ja ottivat omaisia potilaan hoitoon mukaan. Haastatellut hoitajat keskustelivat ja perustelivat omaisille rajoittamiseen liittyvistä perusteista ja kokivat, että yleensä omaiset olivat samoilla linjoilla hoitohenkilöstön kanssa ja ymmärsivät tilanteen. Joskus omaisten kanssa tuli vaikeita tilanteita, koska potilaan rajoittamistoimet tuntuivat omaisesta pahalta. Vaikeissa tilanteissa hoitajat koettivat selvittää omaisille, mihin vuodeosasto-olosuhteissa pystytään ja kokonaistilannetta muiden potilaiden turvallisuuden kannalta. Oli myös tapauksia, että omaisten huolenaiheena oli rajoittamistoimenpiteistä luopuminen. Omaiset pyysivät hoitajia nostamaan laidat ylös, jolloin hoitajat joutuivat perustelemaan laitojen pitämistä alhaalla potilaan aktivoinnilla ja kuntoutumisella. Yöllä vuoteenlaidat voitiin nostaa omaisen mielen rauhoittamiseksi.

Haastateltavat hoitajat arvioivat HaiPro- *vaaratapahtumien tekemisen* tarpeellisuutta. Hoitajat kokivat, että niiden tekeminen oli aikaa vievää ja, että potilastyössä vaaratapahtumailmoituksen tekeminen unohtui ja jäi näin usein tekemättä. Hoitaja saattoi myös kokea, että kuului työhön, että tilanteita tulee. Tiedettiin, että ilmoitus meni osastonhoitajalle, joka hoiti asiaa eteenpäin. Ei kuitenkaan tiedetty, miten hän sen eteenpäin vie. Ajateltiin, että se riippuu tilanteen vakavuudesta.

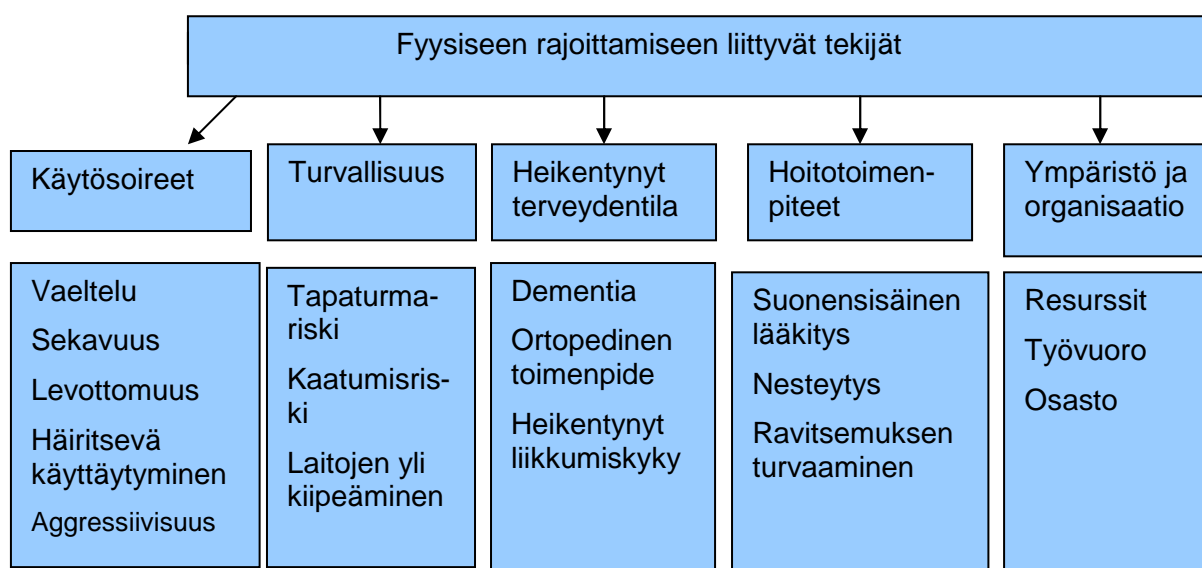
Mehän tehdään, jos tulee tällainen väkivaltatilanne, niin siitä tehdään HaiPro.

Hoitokulttuurin muutos näkyi siinä, että rajoittamista pyrittiin vähentämään. Haastateltujen hoitajien mukaan rajoittamista käytettiin ainoastaan pakon edessä. Koettiin, että aikaisemmin oli pienemmälläkin syyllä rajoitettu potilaan liikkumista, esimerkiksi vuoteen laitojen nostolla, varmuudeksi. Myös toisen hoitajan lisäys yövuoroon oli vähentänyt sitomisen tarvetta.

Osastoilla oli otettu käyttöön uusi käytäntö, joka mahdollisti lisähoitajan hälyttämisen. Mikäli osastolla oli haasteellinen potilas ja koettiin, että iltaja yöaikaan ei pärjätty, oli vastuuhoidajan mahdollista pyytää vuoroon ylimääräinen hoitaja. Hoitajat kokivat järjestelyn hyväksi ja haasteellisen potilaan vierellä valvomisen arvokkaaksi työksi.

7.5 Rajoittamisen toteuttamiseen liittyvät tekijät

Potilaan fyysistä liikkumista rajoitettiin *potilaan käytösoireiden, turvallisuuden takaamisen, potilaan heikentyneen terveydentilan, hoitotoimenpiteiden toteuttamisen sekä ympäristöön ja organisaatioon liittyvien tekijöiden* vuoksi (kuvio 5). Tuloksissa on yhteneväisyyttä aiempien tutkimusten kanssa. Potilaan rajoittaminen nähtiin turvallisuuskysymyksenä. Varsinkin yövuorossa sekavan potilaan kiinni laittaminen oli tarpeellista potilaan rauhoittamiseksi ja unen turvaamiseksi, koska käytännönsyistä potilaan jatkuva vahtiminen ei ollut mahdollista.



Kuvio 5. Rajoittamisen toteuttamiseen liittyvät tekijät

Yksi rajoittamiseen johtava tekijä oli *käytösoireet*, kuten potilaan levottomuus, sekavuus ja häiritsevä käyttäytyminen. Sekavan potilaan käytösoireet näkyivät muita häiritsevästä käyttäytymisestä, joista

haastatellut hoitajat mainitsivat vaeltelun, rauhattoman ulospyrkimisen tai etsimisen, ovella kyttäämisen ja omaisten kyselyn. Vaeltaessaan osastolla sekavat potilaat saattoivat omia myös muiden potilaiden tavaroita. Vaeltelevat potilaat kiersivät joka huoneen ovella, jolloin muut potilaat häiriintyivät huoneisiin kurkkivista sekavista potilaista, ja saattoivat sekoittaa levottomalla käytöksellään myös muita osaston potilaita.

Osastolle erittäin haastava tilanne oli, jos sekava potilas oli eristyspotilas. Varsinkin yöaikaan potilaat häiritsivät levottomalla käytöksellään muiden potilaiden nukkumista. Jotta kaikkien huoneessa olevien potilaiden ei tarvitsisi kärsiä, potilas saatettiin siirtää toiseen huoneeseen, laittaa magneettivöillä vuoteeseen kiinni tai sitoa tuoliin, ja tuoda käytävälle hoitajien valvonnan alle. Yöllinen touhuaminen lisäsi potilaan ahdistuneisuutta ja levottomuutta entisestään. Potilas saattoi käyttäytyä aggressiivisesti, jos hoitaja puuttui potilaan touhuiluun. Äkillinen, aggressiivinen sekavuus näkyi huutamisenä, haukkumisenä ja eriasteisena väkivaltaisuuksena. Potilas saattoi heittää tai lyödä hoitajaa jollakin esineellä ja käyttäytyä pelkoa herättävästi deliriumtilassaan. Eräällä osastolla muistisairas potilas oli lyönyt toista potilasta pyörätuolin jalkatuella. Potilaan hyökkäävä ja syyttävä käytös kohdistui välillä myös lääkäreihin, mutta ei niin usein kuin hoitajia kohtaan.

Turvallisuuden takaamisessa hoitajat perustelivat potilaan liikkumisen rajoittamista potilaan ja muiden henkilöiden turvallisuuden takaamisella sekä tapaturmariskillä. Sitominen magneettivöihin oli viimeinen keino potilaan rauhoittamiseksi, jos hoitaja ei enää pärjännyt potilaan kanssa muilla konstein, kuten puhumalla tai muuten rauhoittamalla. Potilasta oli saatettu hoitaa aikaisemminkin osastolla sekavuuden vuoksi, jolloin tiedossa oli potilaan aiempi käyttäytyminen ja lääkäriltä pyydettiin jo etukäteen sitomisluvat sekä lääkitys. Uhkaavia tilanteita voitiin näin ennakoida ja luoda kaikille osapuolille turvallisempi ympäristö.

Kun on oikein hankala tilanne, kun on nähnyt paljon näitä delirium tilanteita. Et ne pahat tilanteet on oikeesti sellaisia, et ihmisiä on tavallaan pakko rajoittaa, vaikka ei haluaisikaan. Muuten ne satuttaa itseään, hoitajia... tai toisia.

Osastoilla oli potilaita, jotka kaatuilivat useasti, ja heidän liikkumistaan jouduttiin rajoittamaan potilaan tapaturmariskin ja itsensä vahingoittamisen vuoksi. Sekavuus teki potilaat sairauden tunnottomiksi, jonka vuoksi he eivät muistaneet, että jalat eivät kantaneetkaan ja he kaatuivat. Potilasta voitiin yrittää rauhoittaa vuoteeseen ja nostaa laidat ylös, mutta jos potilas tuli laitojen yli, niin hänet laitettiin geriatriseen tuoliin ja pöytälevy eteen tai sidottiin haaravyöllä tuoliin. Laitojen alas jättämisestä oli puhuttu paljon osastoilla. Jos hoitajat kokivat putoamisen ja kaatumisen riskin suureksi, niin kaatumisriskissä oleville potilaille nostettiin vuoteenlaidat ylös.

Heikentynyt terveydentila oli tekijä, joka altisti potilaan fyysisen liikkumisen rajoittamiselle. Rajoitteiden käytön tarkoituksena oli estää potilaan lähteminen yksin liikkeelle. Potilaalla oleva muistisairaus ja ortopedinen toimenpide lisäsivät kaatumisriskiä ja potilaan kuntoutumisen kannalta oli tärkeää, että potilas ei lähtenyt yksin sängystä liikkeelle. Potilaan leikkauksen jälkeisen liikkumiskyvyn ollessa heikko on riski loukkaantumiselle suuri.

Semmoinen potilas, joka on dementoitunut ja hänellä on lonkka leikattu ja hän ei muista sekuntiakaan pidempään, että hänellä on lonkka leikattu. Hän on aikaisemmin ollut liikkuva ihminen, ja hän on kovin ahdistunut siitä, että on laitojen sisällä tai gerituolissa sidottuna. Ja sitten nousee tuolille tai vessatuolille, niin jalat ei kannata yhtään. Hänellä on kyllä varausluvut ja hänelle kyllä selitetään kokoajan tätä asiaa, mutta hän ei muista. Ja sitten on ajoittain niin ahdistunut, että ei syö, ei juo, ei ota lääkkeitä. Tässä on nyt kiikun kaakun, miten se toipuminen alkaa tästä edistyä.

Liikkumiskyvyn alentuminen ei ollut ainoa tekijä liikkumisen rajoittamisen käytölle. Usein muistisairas ei ymmärtänyt omaa tilaansa tai sitä, miksi hänen liikkumistaan rajoitettiin. Leikkauksesta toipuva muistisairas potilas ei kauan muistanut, että hänen liikkumiskykynsä oli heikentynyt ja jalat eivät kantaneet, eikä hän voinut kävellä kuten ennen. Potilaan ymmärtämättömyys ja ahdistus omasta tilastaan olivat myös potilaan hoidon ja toipumisen kannalta kuntoutumista heikentävä tekijä.

Hoitotoimenpiteiden toteuttaminen johti usein potilaan rajoittamiseen. Potilaan hoitotoimia saatettiin, tilanteesta riippuen, tehdä useamman hoitajan turvin. Suonensisäisen lääkityksen tai ravitsemuksen onnistumiseksi potilaat laitettiin vöihin ja potilaan kädet sidottiin kiinni. Potilaat tarttuivat letkuihin, poistivat kanyyleja, nenämahaletkuja ja katetreja. Joskus riitti toisen käden sitominen, jotta potilas sai tarvittavan suonensisäisen lääkityksen. Potilas saattoi myös istua g-tuolissa päiväsalissa lääketiputuksen ajan, jolloin hoitajat pystyivät valvomaan tiputusta. Lievempiä vaihtoehtoja olivat sukkien laitto potilaan käsiin tai hoitajan valvominen potilaan vieressä lääkityksen ajan ja potilaan kädestä pitäminen. Tiputuksen jälkeen potilas sai liikkua vapaasti.

Vuodeosasto *ympäristönä* oli potilasta sekoittava ja potilaan liikkumista rajoittava. Sekava potilas ei tiennyt oliko sairaalassa vai missä oli. Joskus sekava potilas oli päässyt karkaamaan osastolta, vaikka osaston ovet olivat lukossa ja niissä oli hälytysjärjestelmä. *Organisaatiossa* rajoittamiseen liittyi hoitajien vähäinen määrä. Hoitajat arvioivat, että sekavan potilaan rajoittamista voitaisiin vähentää, mikäli jokaisella sekavalla potilaalla olisi nimetty omahoitaja. Haasteellisista tilanteista tiedotettiin osastonhoitajalle. Hoitajien mielestä potilaan jatkuva seuranta ei vuodeosasto-olosuhteissa ollut mahdollista, jolloin jouduttiin käyttämään erilaisia fyysisiä rajoitteita mahdollistavia välineitä. Sekavan potilaan rajoittavina rauhoittamiskeinoina osastoilla käytettiin sängyn laitojen nostamista, magneettivöitä vuoteessa, potilaan sitomista turvavyöllä pyörä- tai geriatriseen tuoliin sekä potilaan nousemista tuolista estettiin tuolin pöytälevyllä, haaravyöllä tai turvaliivillä.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia sekavan potilaan hoitamisesta siitä, millaisia haasteita sekavan potilaan hoitaminen terveysasemien vuodeosastolla hoitotyön kannalta tuo ja, miten hoitajat ennakoivat ja arvioivat sekavan potilaan fyysisen rajoittamisen tarvetta sekä mitkä tekijät ovat yhteydessä sekavan potilaan fyysiseen rajoittamiseen.

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys ja luotettavuus tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Luotettavuuden arvioinnissa huomio kohdistetaan siihen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, jota halutaan tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 187.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden osatekijöinä mainitaan myös totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalius. Laadullisen tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta lisää aineiston sekä analysoinnin tarkka selostaminen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Käyttämällä eri tekniikoita vahvistetaan ja varmistetaan tutkimuksen totuusarvoa ja sovellettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Vahvistettavuutta lisää tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen vertaaminen toisiin tutkimuksiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että ulkopuolinen henkilö tarkastaa ja arvioi tutkimusprosessin toteutuksen. Luotettavuutta lisätään myös suorilla, autenttisilla haastatteluotteilla, jotka mahdollistavat lukijalle polun seurata tutkijan tekemien tulkintojen ja päätelmien perusteluista. Tällöin tutkimuksen lukija pystyy arvioimaan luotettavuutta ja laadullisen tutkimuksen prosessin onnistumista, kuvaamista sekä aineiston kattavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin eli tutkimusympäristöön. Tulosten siirrettävyys riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja vastaava ulkopuolinen konteksti ovat, ja edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta. Kuvauksessa selvitetään osallistujien valinta ja taustat valinnalle sekä aineiston keruun ja analyysin tarkan selvityksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tämän opinnäytetyön analysoinnin uskottavuutta ja luotettavuutta on lisännyt aineiston hankinnan ja analysoinnin tarkka selostaminen. Luotettavuutta lisäävät myös suorat lainaukset hoitajien haastatteluista. Haastattelijat myös oppivat näiden haastattelujen aikana asioiden määrittelemisen tärkeydestä ja myös muuttivat hankalia kysymyksiä haastatelluille helpommaksi vastata. Analysoinnin uskottavuutta lisää, että sillä on pyritty etsimään vastausta tutkimuskysymyksiin aineiston perusteella. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät sinällään ole siirrettävissä toiseen ympäristöön, koska se perustuu tutkielman tekijöiden analysointiin ja tulkintaan juuri näillä terveysasemien vuodeosastoilla.

Tutkittava aihe on tullut tutuksi opinnäytetyön tekijöiden oman työkokemuksen kautta. Tämä on auttanut tutkielman tekijöiden mielestä aiheen lähestymistä hoitotyön näkökulmasta sekä haastattelujen tekemisessä hoitajille. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee yhdellä osastoista, joissa haastattelut on tehty. Tämä on myös kerrottu aiemmin. Emme usko, että asia on vaikuttanut hoitajien vastauksiin, koska he kertoivat avoimesti, kuinka osastolla toteutetaan sekavan potilaan hoitotyötä ja liikkumisen fyysistä rajoittamista.

Haastatteluaineiston luotettavuutta parantaa sen laatu. Laatua on parannettu esitestatulla haastattelurungolla, teemojen syventämisellä, lisäkysymyksillä ja niiden sallimisella haastateltavilta sekä aineiston nopealla ja tarkalla litteroinnilla. Nauhoituksen hyvä laatu ja kuuluvuus sekä ympäristön huomiointi ovat osa aineiston laadukkuutta ja siten myös aineiston luotettavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184–185.)

Nauhoitukseen panostettiin tilaamalla siihen tarkoitettu nauhuri. Kuuluvuus tarkistettiin ennen haastattelujen alkua. Haastattelupaikat olivat rauhallisia ja kukaan ulkopuolinen ei häirinnyt haastattelutilanteita. Haastattelut purettiin heti haastattelujen jälkeen ja litteroitiin tarkasti. Litteroinnin jälkeen haastatteluaineisto poistettiin nauhurista.

Opinnäytetyötä varten kysyttiin lupa koti- ja asumispalveluiden johtajalta. Myös hoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 4), jossa selostettiin opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus sekä haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää haastattelu. Anonymiteetti säilytetään niin, että opinnäytetyöhön osallistuvia terveysasemien vuodeosastoja ei kerrota opinnäytetyössä. Eettisyyttä tässä tutkielmassa on lisännyt käytetty hoitotieteelliseen tutkimukseen laadittu kirjallisuus, asianmukainen lähdeviitteiden käyttö ja perehtyminen aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–219, 221.)

8.2 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat toimivat sekavan potilaan kanssa hyviä hoitotyön keinoja käyttäen. Hoitajan toimintatapa kohtaamisessa oli potilasta ymmärtävä ja rauhoittava. Hoitajat lähestyivät potilasta ystävällisesti, lempeästi ja sovittelevasti. Hoitajan asenne sekavaa potilasta kohtaan oli nöyrä ja hoitaja hyväksyi omat rajansa potilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutustilanteissa. Samalla hoitaja hyväksyi potilaan sellaisena kuin hän oli. Potilaan kuuntelu koettiin tärkeäksi. Aktiivisesti kuuntelemalla potilaan, mahdollisesti sekaviakin, viestejä yritettiin saada selville pahan olon ja levottomuuden aiheuttaja. Hoitajat myös havainnoivat potilaan kehonkieltä levottomuuden takana ja yrittivät selvittää, mikä potilaalla oli hätänä, kuten kipua. Tämä potilaan kohtaamissuunta on samansuuntainen Mäkisalo-Ropposen (2011, 168) tavoitteellisen vuorovaikutuksen kanssa, jossa hoitaja kuulee, näkee ja havaitsee potilaan sekä sanallista että sanatonta viestintää. Tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa tarvitaan kykyä läsnäoloon ja eläytymiseen, jotta voidaan nähdä näkyvän käyttäytymisen taakse,

potilaan todellinen tarve, viesti tai tunne. Yhteneväisyyttä on myös Saarnio, Mustonen ja Isolan (2010, 51) tutkimuksen hoitajien ymmärtävään toimintatapaan, heidän toimiessaan haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen kanssa.

Haastateltavien mukaan sekavan potilaan kohtaamisessa ja hoitotilanteissa oli syytä varautua potilaan käytöksen muutokseen ja arvaamattomuuteen. Koettiin, että liika rohkeus ei ollut hyvästä, vaan potilasta lähestyttiin rauhallisesti ja rauhoitettiin puhumalla. Äänensävy pyrittiin pitämään ystävällisenä ja puheessa käytettiin selkeästi ymmärrettäviä lauseita ja matalaa äänenpainoa. Rauhoittamalla toimiessaan hoitajat kohtasivat sekavan potilaan yksilönä ja potilaan tarpeet huomioiden. Joskus oli jopa parempi olla hiljaa, ettei antanut vastetta potilaalle, jolloin potilas saattoi rauhoittua. Hoitajat mielellään kohtasivat sekavan potilaan yksin, koska vuorovaikutus potilaan kanssa oli tällöin selkeämpää ja tasavertaisempaa sekä pystyttiin luomaan luottamuksellisempi hoitosuhde potilaaseen. Haasteellista tilannetta pyrittiin laukaisemaan kiinnittämällä potilaan huomio johonkin muuhun asiaan. Mahdollisesti myös haastateltavien pitkä työkokemus vaikutti sekavan potilaan kohtaamisen onnistumisessa sekä tilanteiden havaitsemiseen ja tunnistamiseen. Koettiin, että kokemus toi turvaa ja antoi kykyä ymmärtää sekavaa potilasta. Toisaalta Stenwall ym. (2007, 520) mainitsevat, että hoitajat, jotka turvautuivat potilaan kohtaamisessa aiempaan kokemukseensa, saattavat unohtaa, että jokainen kohtaaminen potilaan kanssa ainoa laatuaan ja jokainen potilas on ainutlaatuinen.

Hoitajien yleisin määritelmä sekavuudesta oli, että potilas ei orientoidu paikkaan eikä aikaan. Osa hoitajista koki henkistä kuormittavuutta ja turhautumisen tunteita samojen asioiden jatkuvasta uudelleen sanomisesta ja ohjauksen perille menon puutteesta. Yhteistyö potilaan kanssa oli haastavaa, jos potilas ei kuunnellut ohjeita tai käyttäytyi aggressiivisesti. Myös Stenwall ym. (2007, 520) tutkimuksessa hoitohenkilöstö piti vaikeana luoda vuorovaikutussuhdetta henkilön kanssa, joka oli aggressiivinen ja ei noudattanut ohjeita, mutta hoitajan eettisenä velvollisuutena oli silti antaa potilaalle hänen tarvitsemansa

hoito. Potilailla saattoi olla myös iän tuomaa, hyväntuulista sekavuutta, jota pidettiin positiivisena asiana. Osastoilla keskusteltiin sekavan potilaan hoidosta ja uhkaavista tilanteista, joita osastoilla oli tapahtunut.

Keskustelut raportilla, osastopalavereissa tai hoitajien kesken siitä, miten tilanteessa käyttäydytään tai toimitaan, koettiin oppimistilanteina sekä mahdollisuutena kokeneempien hoitajien hiljaisen tiedon siirtämiseen. Osastoilla oli turvallisuusohjeita ja ainakin yhdellä osastolla oli ollut koulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Hoitajat kokivat, että turvallisuusohjeita olisi hyvä myös välillä kerrata. Hoitajat toivoivat koulutusta ja tiedon lisäämistä haastavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta.

Opinnäytetyön tuloksista nousee esiin hoitajan yksinäisyys haasteellisissa tilanteissa. Tilanteet kehittyivät nopeasti ja aina ei ollut apua lähettyvillä. Etenkin ilta- ja yöaikaan, jolloin hoitajia oli vähemmän työvuorossa, ei apu sillä hetkellä ollut saatavilla. Tilanteiden ennakoinnissa hoitajien yhteistyön merkitys korostui siten, että raporteilla kerrottiin edellisen vuoron tapahtumat ja mahdolliset ennakoivat toimenpiteet sekavan potilaan hoitamiseen liittyen. Hoitajien kesken sovittiin esimerkiksi, että hoitotilanteisiin mennään kahden hoitajan turvin, jolloin työtoverin avustus tai pelkkä paikalla oleminen rauhoitti potilasta. Osastoilla oli mahdollisuus kutsua esimiehen luvalla ylimääräinen hoitaja työvuoroon hoitamaan jatkuvaan tarkkailua vaativaa potilasta. Tämä helpotti hoitajiin kohdistuvaa työtaakkaa, koska ylimääräinen hoitaja pystyi keskittymään sekavan potilaan hoitamiseen ja voinnin seuraamiseen. Ilman ylimääräistä hoitajaa muiden potilaiden hoito olisi hankaloitunut, koska sekava potilas vaatii aikaa ja huomiota. Tarvittaessa soittamalla saatiin apua myös vartijoilta, ambulanssi- ja palolaitoksen henkilökunnalta potilaan rauhoittamiseen, esimerkiksi magneettivöihin laittamisessa. Hoitajakutsua käytettiin myös toisen hoitajan paikalle saamiseksi tai sitten vain huudettiin kovaa.

Ennakointiin kuuluu oleellisesti myös HaiPro -haittatapahtumista ilmoittaminen. Kaikki haastateltavat kertoivat, ettei ilmoituksia tehdä tarpeeksi. Ilmoitusten tekemistä pidettiin kyseenalaisena, eikä sen tekemistä nähty hyödylliseksi. Haittatapahtumia tapahtuu päivittäin, mutta

niiden laadusta ei ole riittävästi tietoa. Onko hoitajilla riittävästi tietoa HaiPro -raportointijärjestelmän tarkoituksesta, vai onko haittatapahtumista ilmoittaminen tehty liian vaikeaksi? Hoitotyön kehittämistä estää ja vaikeuttaa, jos osastolla tapahtuneet tilanteet jäävät puheen tasolle kahvihuoneissa ja raporteilla, unohtuen ajan kuluessa.

Laurila ym. (2006, 23) mukaan akuutin somaattisen sairauden varhainen hoitaminen auttaa nopeammin toipumaan deliriumista. Hoitajien ja lääkärin yhteistyö nähtiin tärkeäksi deliriumin syyn selvittämisessä. Hoitajat kertoivat myös oman toiminnan merkityksestä hoitotyössä. Hoitajalla tuli olla kärsivällisyyttä, aikaa olla läsnä potilaalle ja hoitajan ystävällinen käytös herätti potilaassa luottamusta. Hoitotoimia ennalta selitettäessä pystyttiin estämään konflikteja potilaan kanssa. Luovuus ja toiminnan muuttaminen sekavan potilaan hoidossa näkyi niin, että saatettiin vaihtaa hoitajaa, jättää potilas rauhoittumaan tai hoitotoimet tehtiin myöhemmin.

Sekavuustilassa potilas saattaa olla harhainen. Potilas voi olla pelokas, aggressiivinen ja huomattavan ahdistunut. Hoitaja voi orientoida potilasta harhanäkyjen todellisuudesta, mutta usein potilas hermostuu näistä yrityksistä, koska ei sekavuustilassa pysty loogiseen ajatteluun. (Laurila ym. 2006, 19.) Harhaisen potilaan hoitaminen on haastavaa ja luo hoitajalle voimattomuuden tunnetta. Hoitajien mukaan harhaisen potilaan maailmaan meneminen saattoi olla ainoa tie ulos tilanteesta tai hoitotoimien onnistumisesta. Hoitajien kertomusten mukaan taustatietojen selvittäminen ja potilaan elämänhistorian tunteminen auttoivat potilaan hoitotilanteissa ja potilaan rauhoittamisessa. Myös Stenwall ym. (2007, 520) mukaan hoitosuhteen luomista helpottaa potilaan elämäntarinan tunteminen, mutta se ei saa vaikuttaa hoitajan asenteeseen potilasta kohtaan.

Tiedonpuute lisää rajoitteiden käyttöä (Suen ym. 2006, 26). Osastoilla ei ollut ohjeistusta rajoittamisen kriteereistä tai toimintaohjeita sekavan potilaan hoitamiseen. Päätöksiä tehtiin työkokemukseen liittyvän osaamisen perusteella. Hoitajat toivoivat lisäkoulutusta päätöksentekonsa tueksi. Hoitajat muistelivat, että kauan sitten oli annettu joitain ohjeita,

mutta nykyään ohjeistus oli palavereista ja raporteilta saatua sanallista ohjeistusta. Lakeja ei tunnettu tarpeeksi ja ajoittain oli epäselvää, mitä saa tehdä ja mitä ei, joka aiheutti epävarmuutta hoitotyössä. Myös omaiset asettivat vaatimuksia siitä, miten hoitajien tulisi potilaan hoitotyötä toteuttaa. Omaisten suhtautuminen sekavan potilaan rajoittamiseen oli enemmänkin omaisesta huolehtimista. Omaiset kyseenalaistivat rajoittamista harvoin, mutta välillä hoitajat joutuivat omaisten kanssa ristiriitatilanteisiin näkemyseroista. Potilaan oma toive rajoittamisesta tuki potilaan itsemääräämisoikeutta. Käytännönläheistä ohjausta ja koulutusta kaivattiin enemmän, joka toisi lisää varmuutta hoitotyöhön. Huomiota tulisi kiinnittää henkilökunnan koulutukseen ja toimenpiteiden vähentämiseen, tilanteiden ennakointiin ja vaihtoehtoihin toimintamuotoihin. Hyvien käytänteiden lisääminen hoitotyössä on tärkeää. (ETENE 2014.)

Fyysistä rajoittamista käytetään vanhuksen turvallisuuden takia (Saarnio 2009, 78; Demir 2007, 38). Hoitajalla on vastuu potilaan hyvästä hoidosta ja osastotyössä tuli eteen tilanteita, joissa hoitajan oli otettava vastuu potilaan turvallisuudesta. Fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyi monia tekijöitä. Rajoittamista perusteltiin potilaan itsensä, muiden potilaiden ja hoitajien turvallisuuteen liittyen. Rajoittamistarvetta, esimerkiksi vuoteenlaitojen käyttöä, arvioitiin säännöllisesti. Vuoteenlaitojen käytössä oli potilas- ja osastokohtaisia eroja. Toisaalta vuoteenlaidat nähtiin potilaan turvallisuutta lisäävänä tekijänä, toisaalta taas arveltiin, että ei satu niin paljon vahinkoja, jos ne ovat alhaalla. Esimerkiksi huono liikkumiskyky ja muistisairaus olivat riskitekijöitä potilaalle. Rajoittamisen käyttöä ennustavia tekijöitä ovat potilaan heikentynyt kognitiivinen taso ja heikko fyysinen kunto (Pekkarinen ym. 2006, 1118).

Myös vuodeosasto ympäristönä mahdollisti liikkumisen rajoitteiden käytön, koska sekava potilas ei tunnistanut olevansa vuodeosastolla. Vuodeosastojen ovet pidettiin lukossa ja niistä pääsi vain koodilla tai lätkällä, jonka mainittiin rajoittavan potilaan liikkumista. Organisaatiotasolla fyysistä rajoittamisesta edisti hoitajien mukaan hoitohenkilöstön vähyys ilta- ja yövuorojen aikana, jolloin potilaan sekavuus korostui. Pekkarisen ym. (2006, 1118–1119) tutkimustulosten mukaan yksikön koko ei ole

ratkaiseva tekijä, vaan rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää työolosuhteita muuttamalla ja antamalla päätöksentekomahdollisuuksia hoitohenkilöstölle.

Aggressiivisille tai ennakoon aggressiiviseksi tiedetyille potilaille pyydettiin sitomisluvut sekä lääkitys lääkäriltä, muuten päätös oli lähinnä hoitajan. Tiedot magneettivoimissa olevan potilaan voinnista kirjattiin tarkasti ja seurantalomakkeet löydettiin helposti. Seurantalomake liitettiin potilaspapereihin. Sekavia potilaita rajoitettiin nostamalla vuoteenlaidat ylös, sitomalla potilas lantiovyöllä vuoteeseen, turvavyöllä pyörä- tai geriatriiseen tuoliin, tai sitomalla toinen tai molemmat kädet vuoteen laitaan potilaan hoidon onnistumiseksi. Useimmiten käytettiin rajoittamiskeinoja, joihin ei tarvinnut lääkärin lupaa. Näiden rajoittamiskeinojen toteutumisen kirjaamisessa nähtiin epäkohta. Kirjaaminen siitä, miksi potilasta rajoitetaan, tukisi päivittäistä rajoittamisen tarpeen arviointia ja aiheellisuutta. Epäsuorista menetelmistä mainittiin soittokellon siirtäminen potilaan ulottumattomiin. Haastateltavien hoitajien perusteena rajoitteiden käytölle oli myös hoitajille kuuluvien töiden tekemisen mahdollistuminen. Tämä on samansuuntainen Saarnion (2009, 83) tutkimuksen tulosten kanssa, jossa hoitajat olivat sitä mieltä, että hoitotyö ei muutoin onnistu.

Hoitajat mainitsivat, että potilaille rajoittamisesta aiheutuvana psyykkisenä häiriönä oli ahdistuminen, koska potilas ei ymmärtänyt omaa tilannettaan. Potilas oli jälkikäteen kertonut tuntemuksistaan liikkumisen rajoittamisen jälkeen ja kokenut sen ahdistavana. Aiemmin on mainittu, että potilaat kokevat rajoittamisen aikana itsemääräämisoikeuden ja omatoimisuuden menettämistä sekä myös vihan, hermostuneisuuden, hämmennyksen, sekavuuden, tyytymättömyyden ja pelokkuuden tunteita (Demir 2007, 39). Fyysisenä häiriönä mainittiin potilaan itsensä satuttaminen, esimerkiksi vuoteen laitaan. Haastateltavat kertoivat, että rajoittamiskeinojen käyttö tuntui eettisesti vaikealta eikä koskaan inhimilliseltä. Osa hoitajista koki, että potilaan rajoittamiseen pitää suhtautua ammatillisesti ja ajatella, että se on potilaan parhaaksi. Eräs hoitaja piti potilaan rajoittamista äärimmäisenä keinona. Potilaan tuoliin sitominen saattoi tuntua myös siltä, että oli epäonnistunut hoitajana. Myös Chuang ja Huangin (2007, 491–

492) tutkimuksessa hoitajat tunsivat syyllisyyttä ja surullisuutta joutuessaan rajoittamaan potilaan liikkumista. Osa hoitajista järkeisti ajattelunsa ja vakuuttivat tekevänsä oikein potilaan parhaaksi ja turvaksi.

Hoitotyössä pyritään siihen, että potilaan fyysiseen rajoittamiseen jouduttaisiin mahdollisimman harvoin. Kuitenkin niin fyysiseen kuin kemialliseen rajoittamiseen on ajoittain turvauduttava potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi ja muiden potilaiden turvallisuuden varmistamiseksi. Hoitotyöntekijöillä pitää olla riittävästi tietoa, ammattitaitoa ja koulutusta sekavien, aggressiivisten ja muistisairaiden potilaiden hoidosta, jotta fyysisten rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää (Demir 2007, 44). Tähän opinnäytetyöhön haastatellut hoitajat toivoivatkin lisää koulutusta sekavan potilaan hoitamiseen ja rajoittamistilanteiden arviointiin sekä päätöksenteon tueksi. Olemassa oleva lainsäädäntö koettiin tulkinnanvaraiseksi. Osastoille tehty selkeä ja säädöksiin perustuva ohjeistus fyysisten rajoitteiden käytöstä sekä koulutus tukisivat hoitajia heidän vaativassa ja haasteellisessa työssään vuodeosastolla. Myös moniammatillinen yhteistyö mahdollistaisi vaihtoehtoisten menetelmien suunnittelun, arvioinnin ja toteuttamisen sekavan potilaan hoitotyössä liikkumisen rajoittamisen vähentämiseksi.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Tulosten mukaan kokemuksen jakaminen sekavan potilaan hoidosta ja yhteinen keskustelu työyhteisössä koetaan tärkeäksi. Hoitotyössä kohdataan yhä enemmän levottomia ja sekavia potilaita, jolloin hoitajien vuorovaikutustaidot korostuvat. Sekavan potilaan kohtaaminen on haastavaa, jos ei ole käytännönkokemusta tai koulutusta vuorovaikutuksen luomisesta haastavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseksi. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi, että miten pitkän työkokemuksen omaavien hoitajien kokemukseen perustuvaa ammattitaitoa, osaamista ja tietoa voitaisiin siirtää organisaatiossa työn jatkajille ja miten hyviä hoitotyön käytäntöjä voisi hyödyntää delirium potilaan laadukkaassa hoitotyössä ja vaihtoehtoisten toimintamallien kehittämisessä.

LÄHTEET

- Bourbonniere, M., Strumpf, N. E., Evans, L. K. & Maislin, G. 2003. Organizational Characteristics and Restraint Use for Hospitalized Nursing Home Residents. *The American Geriatrics Society*, 51(8), 1079–1084.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O’Leary, M., Delaney, T., Walsh, D., Gager, M & Waterhouse, C. 2004. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9 (5), 199–212.
- Chuang, Y-H. & Huang, H-T. 2007. Nurses’ feelings and thoughts using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16: 486-494.
- Demir, A. 2007. Nurses’ Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 38–45.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- ETENE. 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2009. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. Kannanotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 24.8.2015] Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=703603&name=D LFE-7405.pdf
- ETENE. 2014. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2014. Lausunto hallituksen esityksestä laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 24.8.2015] Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17279&name=DL FE-582.pdf.

Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. 2003. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2014. Sekavuustila (Delirium). Duodecim.

Terveyskirjasto.[Viitattu 23.7.2015]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B. & Sandman, P. O. 2000. Restraint use in elder: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9, 842–850.

Lahtinen, P. & Mustonen, M. 2015. AMK-OPINNÄYTETYÖPROSESSI.

Käsikirja. Lahden ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

<http://reppu.lamk.fi/course/view.php?id=528§ion=8>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. [Viitattu 24.8.2015].

Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. *Suomen lääkirilehti* 60 (26), 4751–4755.

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim

128(6), 642–647. Luettu 26.8.2015] Saatavissa:

www.terveysportti.fi/aineistot.

Laurila, J., Pitkälä, K. & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito – opas lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2009. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. Suomen lääkärilehti 51–52(64), 4465–4469.

McCurren, C. & Cronin, S. N. 2003. Delirium: Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice. Medsurg Nursing, 12(5), 318–323.

Mielenterveyslaki 1116/1990. [Viitattu 24.8.2015].

Saatavissa:<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Moore, K. & Haralmbous, B. 2007. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. JAN original research. Journal compilation, 532–540.

Mott, S., Poole, J. & Kenrick, M. 2005. Physical & chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. International Journal of Nursing Practice, 11, 95–101.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali-ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi:Helsinki.

Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006. Nursing Working Conditions in Relation to Restraint Practices in Long-Term Care Units. Medical Care, 44(12), 1114–1120.

Philips, L. A. 2013. Delirium in Geriatric Patients: Identification and Prevention. Medsurg Nursing, 22(1), 9-12.

Saarnio, R., Isola, A. & Backman, A. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 41(2), 109–119.

Saarnio, R. & Isola, A. 2008. Fyysisten rajoitteiden käyttö – onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 266–278.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. [Viitattu 24.8.2015]. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>.

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede*, 23(1), 46–56.

Shorr, R.I., Guillen, M.K., Rosenblatt, L.C., Walker, K., Caudle, C.E., & Kritchevsky, S.B. 2002. Restraint Use, Restraint Orders, and the Risk of Falls in Hospitalized Patients. *The American Geriatrics Society*, 3(50), 526–529.

Stenwall, E., Sandberg, J., Jönköping, M. E. & Fagerberg, I. 2007. Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 515-522.

Suen, L.K.P., Lai, C.K.Y., Wong, T.K.S., Chow, S.K.Y., Kong, S.K.F., Ho, J.Y.I., Kong, T.K., Leung, J.S.C. & Wong, I.Y.C. 2006. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Issue and innovations in nursing practice*, 20-28.

Suomen Perustuslaki 731/1999. [Viitattu 24.8.2015].

Saatavissa:<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Valvira 2015. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. [Viitattu 26.12.2015] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki, 91–99.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö.
Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

LIITTEET

Liite1

Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Valittu
Medic	delirium OR käytöshäiriö AND terveyskesk*	43	4
	dementia OR käytöshäiriö AND terveyskesk*	388	4
Cinahl (Ebsco)	old AND delirium AND identify	15	1
	delirium AND physical restraint AND nurs*	8	0
	physical restraint AND old*	96	1
	physical restraint AND nurses' attitudes	46	2
Pubmed	delirium AND old age	77	0
	physical restraint AND nurse	69	3

Haastatteluteemat

Deliriumin tunnistaminen

Deliriumiin liittyvät käytösoireet

Sekavan potilaan kohtaaminen

Sekavan potilaan liikkumisen rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko ja arviointi

Ratkaisuehdotuksia sekavan potilaan hoitoon hoitotyön keinoin

Esimerkkitilanteita osastolta

Hyvät terveysaseman vuodeosastojen hoitajat

Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä sekavan potilaan hoitamisen haasteista vuodeosastolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vuodeosastoilla sekavan potilaan hoitotyössä ja sen kehittämisessä. Tutkimuksen toteutamme haastattelemalla kahta hoitajaa parihaastatteluna. Haastatteluun osallistujiksi toivomme aiheesta kiinnostuneita mielellään pitkäaikaisia ja kokeneita sairaanhoitajia ja perus/lähihoitajia. Haastatteluun osallistuvien tiedot ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastattelut tehdään hoitajien työaikana ja haastattelun arvioitu kesto on noin 1 tunti.

Kiitämme osastoanne osallistumisesta tutkimukseen ja tervetuloa haastatteluun. Vastaamme mielellämme lisäkysymyksiin aiheesta.

Ystävällisesti

Sami Leppänen ja Jaana Raita

sami.leppanen1@student.lamk.fi

jaana.raita1@student.lamk.fi

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Opinnäytetyön tekijät ovat Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Sami Leppänen ja Jaana Raita. Opinnäytetyön nimi on Sekavan potilaan hoitaminen terveysaseman vuodeosastolla – Hoidon haasteet.

Suostun haastateltavaksi kyseiseen tutkimukseen ja tiedän opinnäytetyön tarkoituksesta. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastattelu voidaan myös keskeyttää ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistä.

Päiväys

Allekirjoitus

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ja sitten nää magneettivyöt tietenkin, että lupa niihin sitomiseen. Jos ei pärjää sitten enää muilla konsteilla	Magneettivyöt, jos ei pärjää muuten	Pärjäämättömyys potilaan kanssa	Turvallisuuden varmistaminen
Semmoinen potilas, joka on dementoitunut ja hänellä on lonkka leikattu ja hän ei muista sekuntiakaan pidempään, että hänellä on lonkka leikattu. Hän on aikaisemmin ollut liikkuva ihminen, ja hän on kovin ahdistunut siitä, että on laitojen sisällä tai geri-tuolissa sidottuna. Ja sitten nousee tuolille tai vessatuolille, niin jalat ei kanna yhtään	Potilas, joka on dementoitunut ja lonkka leikattu ja ei muista, että hänellä on lonkka leikattu. Noustessa tuolille tai vessatuolille jalat ei kanna yhtään	Potilaan muistisairaus Potilaalla liikumista rajoittava leikkaus Potilaan liikkumiskyky alentunut	Heikentynyt terveydentila
Joskus on antibiootihoidon toteuttamiseksi jouduttu pitää käsiä sidottuna. Tai, jos nenämahaletkun kiskaisee irti	Antibiootihoidon toteuttamiseksi jouduttu sitomaan käsiä tai jos, nenämahaletkun kiskaisee irti	Lääkehoito Ravitsemuksen turvaaminen	Hoitotoimenpiteiden toteuttaminen

<p>Omitaan toisten tavaroita ja käydään vieraissa huoneissa ja ollaan hyvin aggressiivisia ja sitten kielenkäyttö on alamaailmasta kotoisin</p>	<p>Toisten tavaroiden omiminen ja vieraissa huoneissa käynti. Aggressiivinen ja kielenkäyttö alamaailmasta</p>	<p>Potilaan vaeltelu</p> <p>Potilaan levottomuus</p> <p>Potilaan muita häiritsevä käytös</p> <p>Aggressiivisuus</p> <p>Verbaalinen aggressiivisuus</p>	<p>Käyttöoireet</p>
<p>Mutta tää ympäristö ajatellen pitää ottaa kokonaisuus huomioon. Muut potilaat ja työntekijät. Pitää kuitenkin saada työtkin tehtyä.</p>	<p>Ympäristö huomioiden pitää ottaa kokonaisuus huomioon. Muut potilaat ja työntekijät. Kuitenkin työt pitää saada tehtyä</p>	<p>Ympäristö</p>	<p>Ympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät</p>